

Fenómeno de Ashman: un hallazgo crucial para evitar diagnósticos erróneos

Ashman's phenomenon: a crucial finding to avoid misdiagnosis

Juan Diego Emiliani-Cortés¹



David Fernando Ortiz Pérez²



Mario Enrique Montoya-Jaramillo³



1. Departamento de Medicina Interna, Clínica Cartagena del Mar, Cartagena, Colombia. <https://orcid.org/0009-0006-3428-1607>
2. Programa de Medicina Interna, Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-7869-0895>
3. Grupo de Investigación en Medicina Interna MEDISTAR. <https://orcid.org/0000-0001-7479-7209>

Información del artículo

Recibido: 13 de octubre de 2024. Aceptado: 30 de noviembre de 2024.

Cómo citar: Emiliani-Cortés JD, Ortiz-Pérez DF, Montoya-Jaramillo ME. Fenómeno de Ashman: un hallazgo crucial para evitar diagnósticos erróneos. Rev. Navar. Medica. 2024; 10(2): 3-5. <https://doi.org/10.61182/rnavmed.v10n2a1>

Resumen

El fenómeno de Ashman, descrito por primera vez en 1947 por Gouaux y Ashman, es una aberración de conducción intraventricular que ocurre típicamente durante la fibrilación auricular y otras taquiarritmias supraventriculares. Este fenómeno se caracteriza por la presencia de complejos QRS aberrantes, generalmente con morfología de bloqueo de rama derecha (RBBB), que resultan de la interacción entre ciclos largos y cortos de intervalo R-R consecutivos. La base fisiológica radica en la variabilidad del período refractario relativo del sistema de conducción cardíaco, donde un ciclo largo precede a un ciclo corto, prolongando el período refractario y favoreciendo la conducción aberrante. El fenómeno de Ashman puede ser clínicamente relevante, ya que a menudo se confunde con complejos ventriculares prematuros o taquicardia ventricular, lo que podría llevar a diagnósticos erróneos y terapias inapropiadas.

Palabras clave

Fenómeno de Ashman, Electrocardiograma (ECG), Conducción aberrante.

Abstract

The Ashman phenomenon, first described in 1947 by Gouaux and Ashman, is an intraventricular conduction aberration that typically occurs during atrial fibrillation and other supraventricular tachyarrhythmias. This phenomenon is characterized by the presence of aberrant QRS complexes, usually with right bundle branch block (RBBB) morphology, resulting from the interaction between consecutive long and short R-R interval cycles. The physiological basis lies in the variability of the relative refractory period of the cardiac conduction system, where a long cycle precedes a short cycle, prolonging the refractory period and favoring aberrant conduction. Ashman's phenomenon can be clinically relevant, as it is often confused with premature ventricular complexes or ventricular tachycardia, which could lead to misdiagnosis and inappropriate therapy.

Keywords

Ashman's phenomenon, Electrocardiogram (ECG), Aberrant conduction.

Autor para correspondencia:

David Fernando Ortiz Pérez

Correo: david.ortiz.perez94@gmail.com

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0).



Estimado Editor:

El fenómeno de Ashman, descrito por primera vez en 1947 por Gouaux y Ashman, es una aberración en la conducción intraventricular que ocurre predominantemente en el contexto de la fibrilación auricular y otras taquiarritmias supraventriculares. Se manifiesta mediante la presencia de complejos QRS anómalos, generalmente con morfología de bloqueo de rama derecha (RBBB), atribuibles a la interacción entre ciclos consecutivos con intervalos R-R prolongados y abreviados.

Su fundamento fisiológico radica en la variabilidad del período refractario relativo del sistema de conducción cardíaco, en el que un ciclo largo precede a un ciclo corto, lo que prolonga el período refractario y favorece esta alteración en la conducción (1,2). Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años que acudió al servicio de urgencias por deterioro de la clase funcional, disnea ante esfuerzos mínimos, palpitaciones y mareo con sensación inminente de desvanecimiento. Entre sus antecedentes personales de relevancia, refería hipertensión arterial de 10 años de evolución, en tratamiento con losartán 50 mg cada 12 horas y amlodipino 5 mg cada 24 horas, así como diabetes mellitus controlada con metformina 850 mg cada 12 horas. Es importante señalar que el paciente no había recibido seguimiento médico regular en los últimos dos años. En la evaluación física, se registraron cifras tensionales dentro de los valores objetivo (105/62 mmHg), bradicardia (55 latidos por minuto), un patrón respiratorio adecuado (17 respiraciones por minuto) y una saturación de oxígeno del 97 % en aire ambiente. Se realizó un electrocardiograma que mostró lo siguiente.

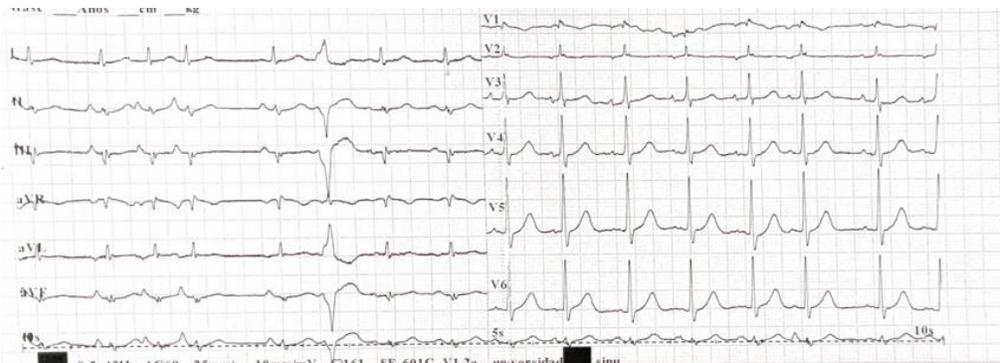


Figura 1. Fenómeno de Ashman. Intervalos R-R irregulares, con un intervalo R-R corto precedido de un intervalo R-R largo, generando complejos QRS anchos con morfología de bloqueo de rama derecha e izquierda, seguido de un ciclo sin pausa compensatoria. Observado en derivaciones frontales.

El fenómeno de Ashman reviste importancia clínica, ya que con frecuencia se confunde con complejos ventriculares prematuros o taquicardia ventricular, lo que puede derivar en diagnósticos erróneos y en la instauración de tratamientos inapropiados (3). Su identificación precisa mediante un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones es fundamental para evitar estudios innecesarios y enfoques terapéuticos incorrectos (1). Entre los criterios diagnósticos descritos por Fisch destacan la presencia de un ciclo largo seguido de uno corto, la morfología de bloqueo de rama derecha (BRD) y la ausencia de pausa compensatoria completa, entre otros hallazgos electrocardiográficos (2,3). Dado que este fenómeno es asintomático y no requiere un tratamiento específico, su adecuada identificación adquiere especial relevancia en el contexto de monitoreos prolongados, como el Holter, donde puede presentarse en múltiples episodios (4). Este reporte tiene como propósito destacar la

importancia de su reconocimiento, ya que su interpretación errónea como complejos ventriculares prematuros o taquicardia ventricular podría derivar en decisiones diagnósticas y terapéuticas inapropiadas.

Referencias

1. Abedin Z. Differential diagnosis of wide QRS tachycardia: A review. *J Arrhythm*. 2021;37:1162-72. <https://doi.org/10.1002/joa3.12599>
2. Lakušić N, Mahović D, Slivnjak V. Ashman phenomenon: an often unrecognized entity in daily clinical practice. *Acta Clin Croat*. 2010;49(1):99-100. PMID: 20635592.
3. Singla V, Singh B, Singh Y, Manjunath CN. Ashman phenomenon: a physiological aberration. *BMJ Case Rep*. 2013; <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-009660>
4. Mora-Pabón G. Evaluación de la fibrilación auricular mediante electrocardiograma y Holter. *Rev Colomb Cardiol*. 2016;23(S5):27-33. DOI:10.1016/j.rccar.2016.10.006.