

# Caso clínico de bradicardia en paciente masculino de 29 años - 2011

Dr. Pablo E Hurtado N

Hola amigos: Les envío esta consulta: paciente masculino de 29 años sin APP el cual ha presentado mareos al ponerse de pie, cierta debilidad ocasional el cual se me remitió por Bradicardia por auscultación, esto según él, desde hace un mes.

Al examen físico: Mide: 170 cms, peso: 165 libras. No fuma, no toma licor.

Ecocardiograma Doppler normal: tal vez ligera tendencia al remodelado del VI pero los diámetros son completamente normales tanto del VI como del VD. La FEVI: 75%, etc. Le indiqué Test de Chagas el cual estará en 15 días. No existe síncope, no angor precordial, disnea a esfuerzos máximos.

El paciente es del campo y según él, más joven trabajó muy fuerte y jugaba Baseball, nunca compitió en alguna liga importante, es decir es una persona promedio.

En el ECG basal 2 existe al inicio bradicardia sinusal pero me llamó la atención la morfología de la Onda P, luego existe a mi parecer un ritmo de la Unión de escape. Y extrasístoles Ventriculares.

En el Holter existe claramente tendencia a mantener una FC promedio de 45 durante todo el día.

ECG (durante el día 2) No noto claramente que exista un ritmo sinusal. Cuando existe una Onda P delante del QRS esta es negativa que asumo pueda ser un ritmo auricular bajo (pero ¿por qué?) y por otra parte en la misma tira aparece también después (¿ritmo de la unión con P retrógrada?)

Caminando 2: no noto ritmo sinusal pues no hay P definida delante del QRS, sí aprecio frecuentes extrasístoles ventriculares frecuentes interpoladas. Tengo uno o más trazos del Holter. Uno es a la 6:48 pm en donde aparece el mismo ritmo a 45 lpm precedido por P negativas.

No le he realizado P de esfuerzo pues noté que con una mínima caminata desde la clínica a su casa...800 mts, comenzó a presentar múltiples extrasístoles.

Me gustaría su opinión.

Sé que hay jóvenes que poseen gran vagotonía y que pueden tener este tipo de ritmo basal pero que durante el esfuerzo cede y el automatismo del nodo sinusal comanda la actividad y esto es normal y no lleva riesgos.

Pero en este caso noté que con el esfuerzo no aparece el ritmo sinusal y más bien se exacerban las extrasístoles.

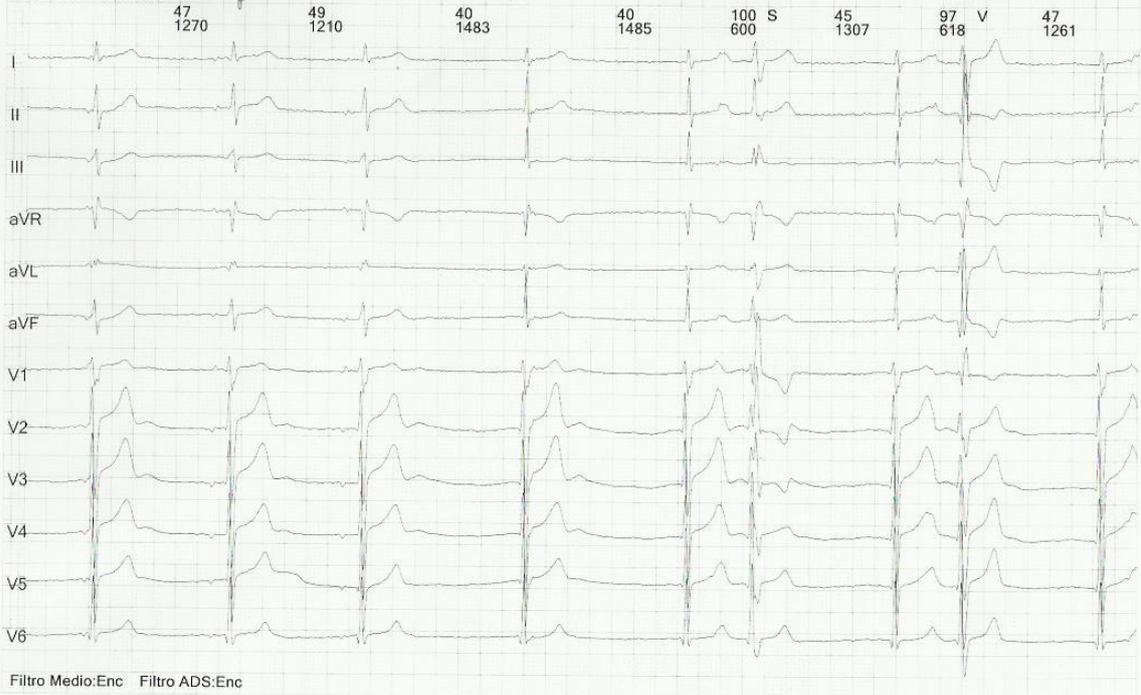
Dr. Pablo E Hurtado N  
Nicaragua

# ECG

BANCENTRO 1 c al Oeste - Tel :505-25121817

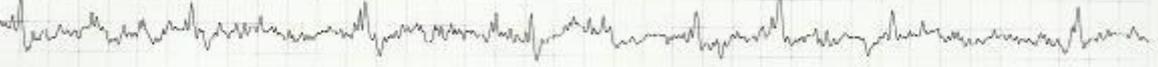
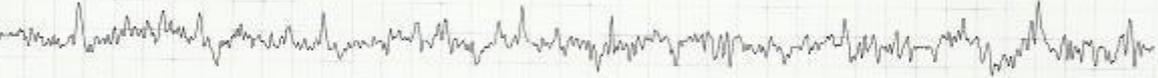
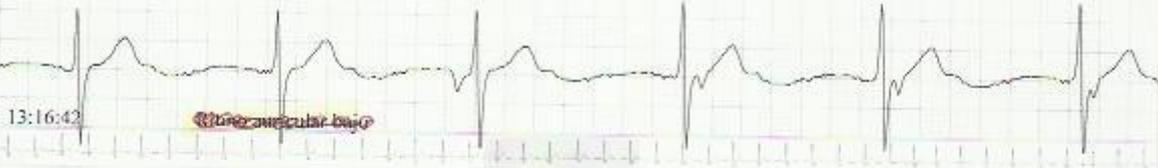
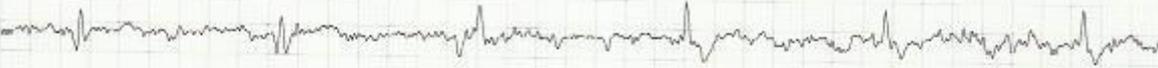
Nombre : \_\_\_\_\_ ID :Mareos Sexo :Masculino Edad :29 DOB :05-03-1982 Fecha :07-30-2011 10:38  
Case #:1328 Investigation #:

25.0mm/s 10.0mm/mV



8/5/2011

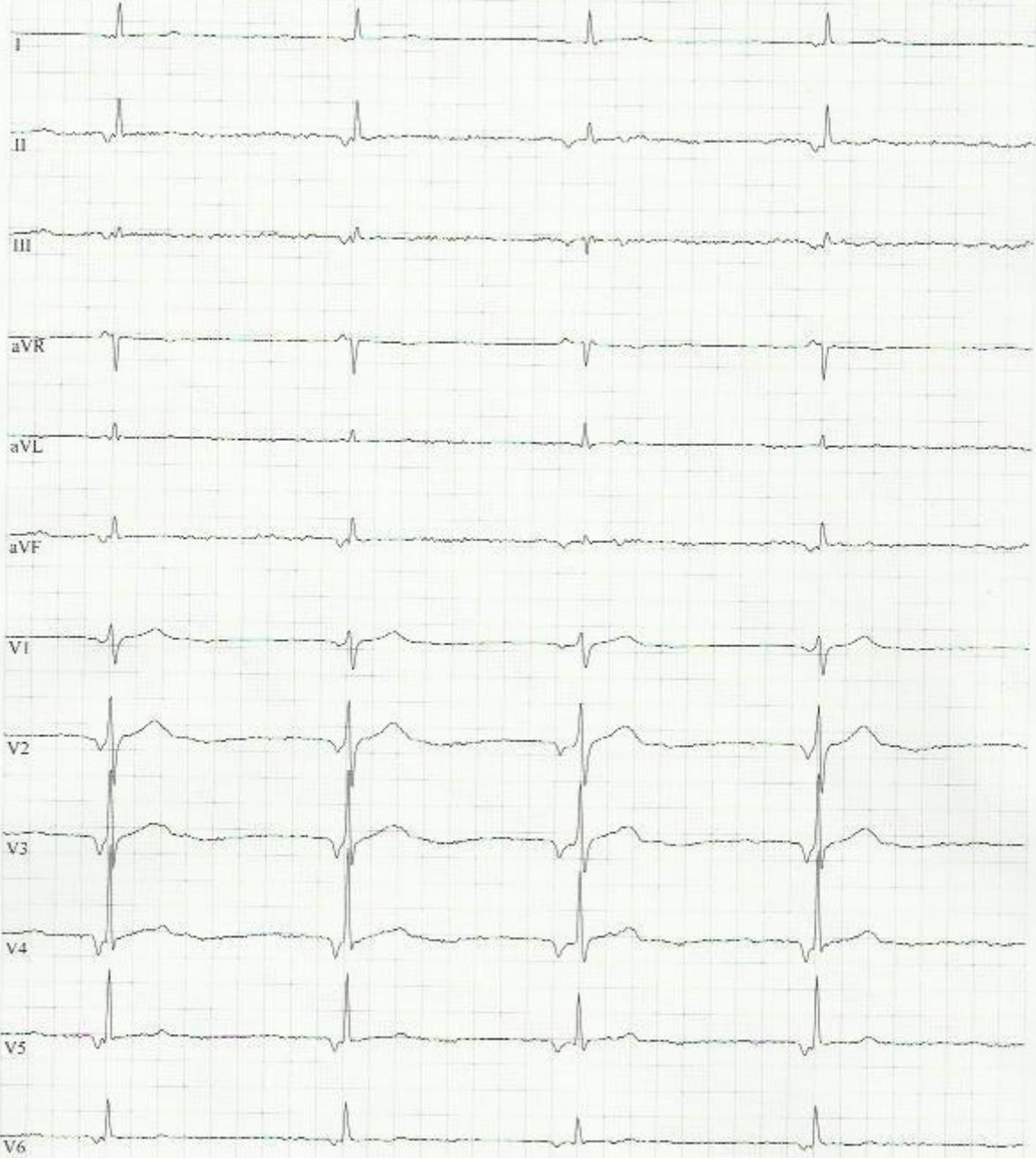
1.0x 1.0x 1.0x of 10 mm/mv 25mm/sec



8/5/2011

1.0x 1.0x 1.0x of 10 mm/mv 25mm/s 5mm/mv

HR	33	33	33	33	33
ms	1812	1804	1765	1812	1812

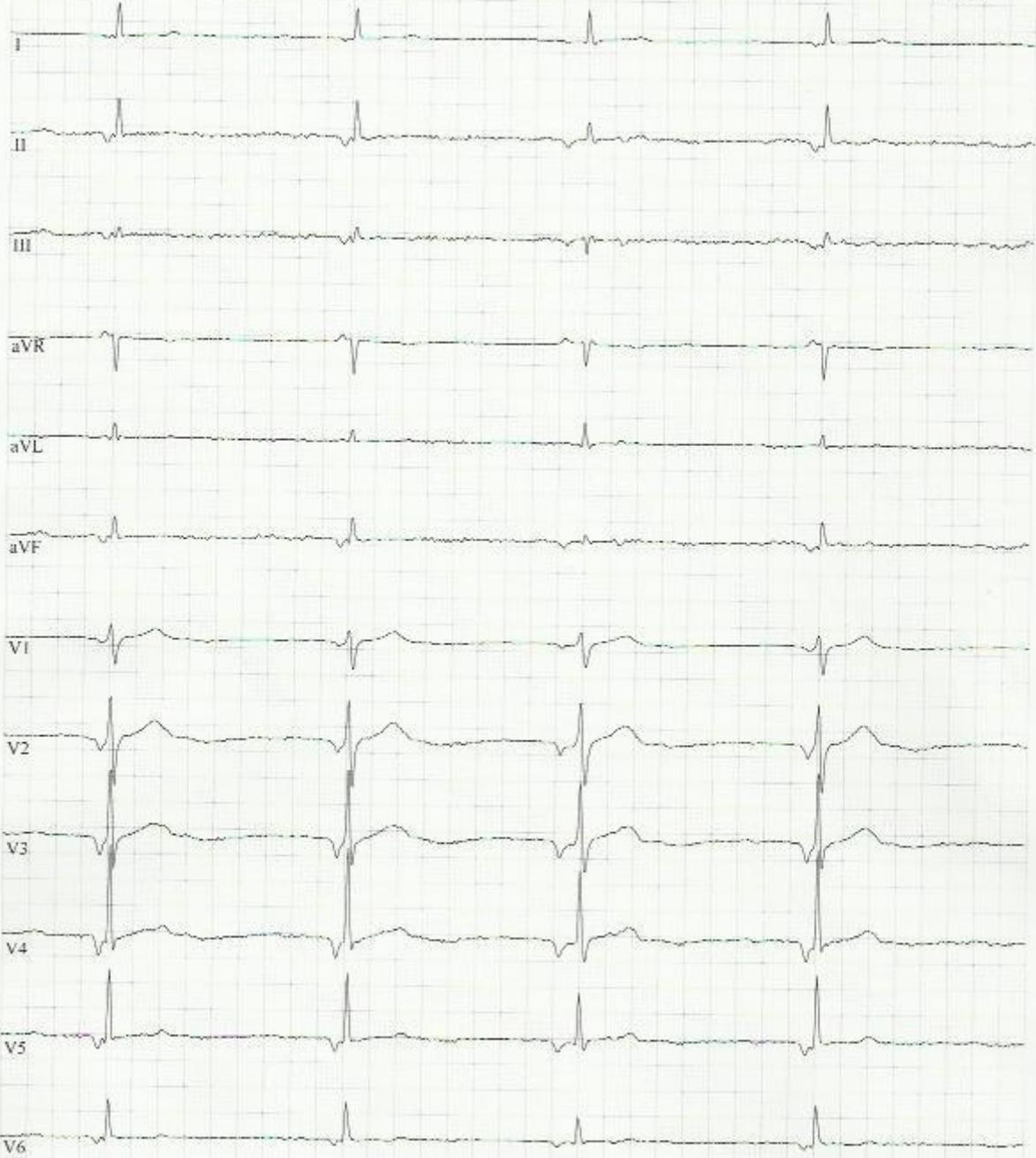


23:40:09

8/5/2011

1.0x 1.0x 1.0x of 10 mm/mv 25mm/s 5mm/mv

HR	33	33	33	33	33
ms	1812	1804	1765	1812	1812



23:40:09

# OPINIONES DE COLEGAS

Queridos amigos foristas, trataré de analizar el caso del Dr Pablo Hurtado (¿en qué provincia trabaja Pablo?)

Este paciente joven tiene un problema en la aurícula izquierda

¿Por que? Porque los potenciales auriculares son muy pobres, y cuando se observan se ven nocheadas, sugiriendo un proceso fibrótico de la aurícula izquierda.

Todas las extrasístoles son de la aurícula izquierda con diferentes morfologías aberrantes desde bloqueo derecho y posterior hemiblock.

Durante el sueño tiene un ritmo idioatrial acelerado proveniente de la aurícula izquierda , indicando excitación eléctrica.

No hay duda que en un momento desarrollará fibrilación auricular, ya que tiene las bases estructurales para desarrollar arritmias atriales complicadas.

Para distinguir el fenómeno fibrótico del miocito, se debe realizar una RNM; me parece que se va encontrar otros focos fibróticos en el ventrículo izquierdo por los tipos de aberrancia.

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

---

Estimado Dr. Samuel... soy de Managua, Nicaragua.

Clínicamente y por Ecocardiograma no existe cardiopatía estructural. Pero como usted "ve" tiene una serie de trastornos en la conducción que no son normales y además él presenta mareos ortostáticos.

Mi pregunta es:

¿Requerirá un Marcapaso permanente? ó Solo observacion?

¿Por qué presenta incremento de extrasistolias en esfuerzo?

¿Las extrasístoles ventriculares provienen de alguna rama del HH?

Muchas gracias Dr. Samuel por su opinión, se lo agradezco mucho. Ya coincidimos que no es normal.

Dr. Pablo E Hurtado N

---

Paciente con bloqueo AV de 2 grado Mobitz tipo y bloqueo AV de 3 grado acompañado de bloqueo de rama derecha y extrasístoles en V1, V2 y V3

Mis saludos.

Gregorio Maslivar

---

Estimados Dr Hurtado y Maestro Samuel:

Discúlpenme pero no logro observar en ninguno de los trazados una P que tenga la morfología de una P sinusal,

1, primer trazado bradicardia extrema, en los primeros 2 latidos observo una onda P negativa en DI y DIII y AVF de origen auricular bajo pero no presenta correlación con el QRS posterior, los PR son diferentes y los RR de estos 2 latidos tienen 47, un eje desviado a la izquierda, QRS prolongado (no logro medir bien pero impresiona de 0,12 seg), en los latidos siguientes a 40 por minuto cambia el eje eléctrico a 60 grados y conduce con menor duración del QRS aunque persiste el empastamiento final en la onda S de AVF y V1. En los 2 latidos anticipados impresionan EV, no supra con aberrancia, la primera, en el plano frontal claramente imagen de BCRD en el plano frontal. la segunda EV mas precoz conduce con mayor aberrancia.

2. En el trazado 3 (ritmo de base) bradicardia extrema 33 por minuto, mejora el tiempo de conducción del QRS con eje eléctrico normal, desaparece la s empastada en AVF y V1. No impresiona existir ninguna onda sinusal en este trazado y cuando el ritmo auricular bajo se adelanta 40 mseg ya comienza a conducir con aberrancia.

Ud refiere ecocardiograma normal, me llama la atención que no encontrara septum paradójal, y no nos ha referido el patrón de llenado ventricular, si dispone de una imagen de este sería interesante observarlo.

A mi criterio si no es chagásico, presenta una afección patológica de todo el sistema de conducción cardíaca que no es funcional o vagotónica, que afecta al NS y NAV y el haz de His, No refiere antecedentes familiares de marcapasos para sospechar enfermedad degenerativa del sistema de conducción que padece.

Antes de definir la colocación de marcapasos creo que sería de utilidad si dispone de una RMN, y si los especialistas piensan que el EEF aportará algún valor para el estudio de este paciente.

Una sola pregunta más: Ud refiere ¿procedencia del campo? ¿es una zona endémica de Chagas? ¿qué tareas desarrolla allí y a qué sustancias tóxicas (pesticidas) está expuesto en sus tareas? ¿padeció o tuvo síntomas de enfermedades endémicas (fiebre tifódica, brucelosis)?

Me encantaría escuchar la opinión de los expertos (yo no lo soy querido Dr Hurtado), su caso es realmente muy interesante.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

---

Estimado Dr. Martin:

Gracias por su respuesta. Yo estaba un poco preocupado por no recibir más opiniones y la verdad me preocupa este paciente.

Él es del campo, queda a 300 km de la capital.

Aquí, en Nicaragua, no hay experiencia en RMN cardíaca. Conversé con un colega experto en esto y me informó que no tiene el software, pero que en Costa Rica lo pueden realizar. Tampoco existe en Nicaragua la realización de EEF.

Estamos de acuerdo en que si bien en el ritmo de base existen Ondas P, estas no son normales, su morfología y probablemente el origen. El joven no tiene ningún antecedente familiar que él conozca ni tampoco personal.

Él estuvo trabajando con "moto sierra" (talando árboles) un tiempo pero ya no.

Me preocupa su "oficio", él ahora es algo tipo mensajero y por ende anda en motocicleta diario, inclusive para que yo lo atendiera viajó 150 km en moto!

Le agradezco mucho su opinión, siempre son muy sensatas y acorde a cada caso. El viaje a C Rica no es caro, puede que el paciente pueda viajar e ir a realizárselo. Lo consultare con él. Gracias

Le hablaré via telefónica al paciente para que me envíe las fotos del ECo pero como expuse al inicio fue normal a excepción que la morfología del VI me pareció un poco remodelada, pero podría ser por la bradicardia.

Gracias

Dr. Pablo E Hurtado N

---

Estimado Pablo,

Primer trazado:

Ritmo nodal. Las P negativas en cara inferior con PR variable es típico del ritmo nodal. Los complejos QRS anchos son por extrasístoles auriculares con conducción aberrante (se ven las ondas P que deforman claramente las ondas T previas).

Segundo Trazado:

Ritmo nodal. A veces la onda P retrógrada está adelante y a veces está atrás del QRS.

Los latidos anticipados parecen extrasístoles auriculares, pero podrían ser ecos nodales.

Tercer trazado:  
Ritmo nodal.

Cuarto trazado:  
Ritmo nodal.

El cuarto, séptimo, décimo y décimo tercer latidos son extrasístoles supraventriculares con aberrancia incompleta de la rama izquierda y con bloqueo del fascículo posterior izquierdo.

En suma:

No es un ECG normal.  
La función sinusal es anormal (tiene una enfermedad del nódulo sinusal).  
La conducción AV es normal.

El paciente tiene pocos síntomas y no hay clara relación entre los síntomas y las alteraciones del ritmo.

Conducta:  
1- TSH - obligatoria en toda disfunción sinusal  
2- Ecocardio

Si el Eco es normal, y el paciente esta asintomático: conducta expectante.

Si hay peoría sintomática con clara correlación con la bradicardia, o el ecocardio muestra VI dilatado o mala FEVI ("bradimiocardiopatía"), entonces estaría indicado un MP definitivo.

Cordiales saludos,

Daniel Banina  
Montevideo  
Uruguay

---

Estimados colegas: agradezco sus opiniones acerca del caso.  
Mi conducta sera de observación a menos que compruebe adecuadamente que los mareos referidos por el paciente y la cierta "debilidad" dependen del ritmo de la unión, todo esto para recomendarle un MP definitivo.

Muchas gracias.

En unos días, cuando reciba los resultados del Test de Chagas les comunicare el resultado. Muchas gracias.

Dr. Pablo E Hurtado N

---

En el caso del EKG basal tenemos extrasístoles de V1, V2, V3, V4, V5, V6 con una pausa compensatoria nos ubica en un bloqueo AV 2:1 infranodal ¿qué otros datos de su historia? si usó algún medicamento como la digoxina y si años atrás dió alerta con un EKG previo o en la historia clínica de episodios de síncope o pérdida de conocimiento.

Gregorio Maslivar

---

Estimado Dr. Gregorio Maslivar: el paciente no tiene antecedentes de haber tomado algún tratamiento, según él los síntomas son recientes. No tiene EKGs previos y como estaba asintomático llevaba años sin recibir alguna consulta médica.

Saludos

Dr. Pablo E Hurtado N

---