

BAV congénito en joven de 19 años – 2012

Lucas Martín Barbieri

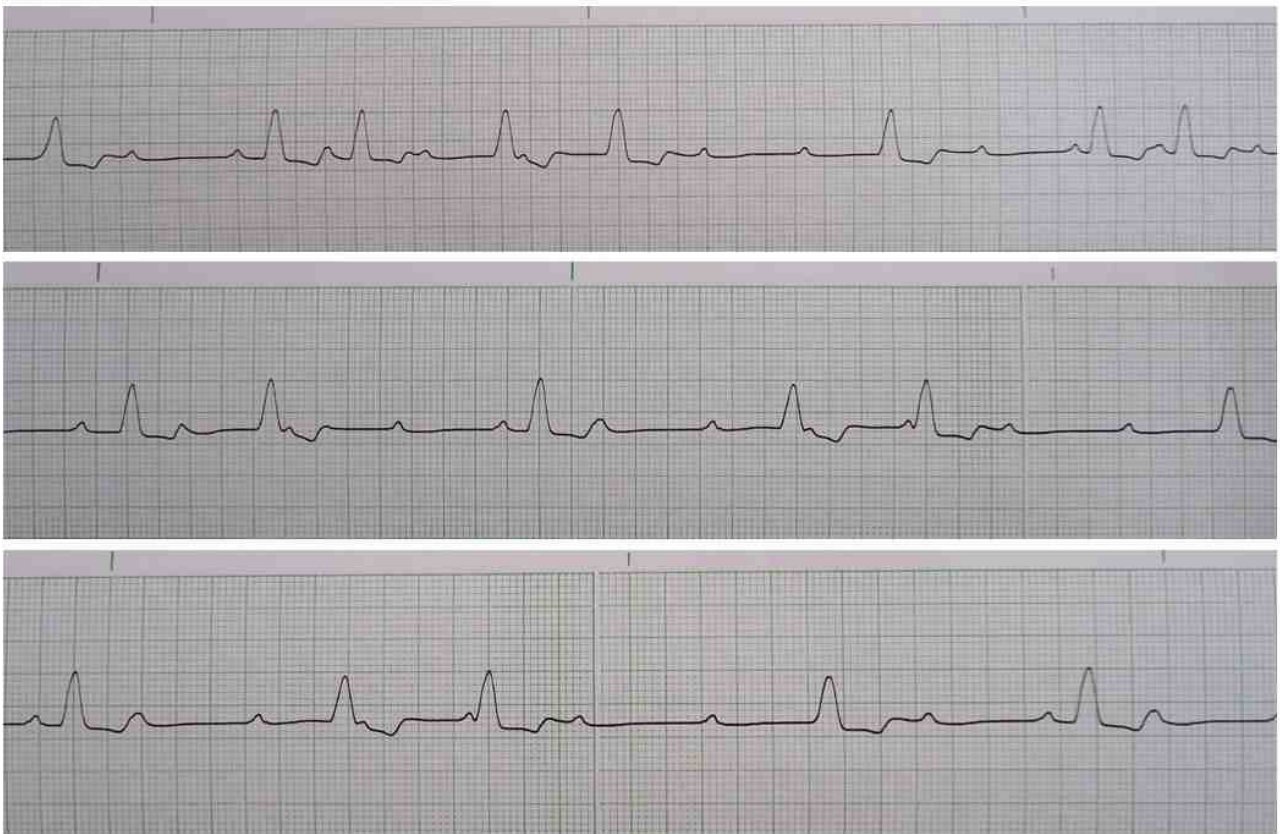
Quiero compartir con el foro el siguiente electrocardiograma que he realizado hace unos meses. No tengo muchos datos.

Paciente de sexo masculino de 19 años de edad diagnosticado de BAV congénito, asintomático. Al examen físico se auscultaba un soplo en foco pulmonar.

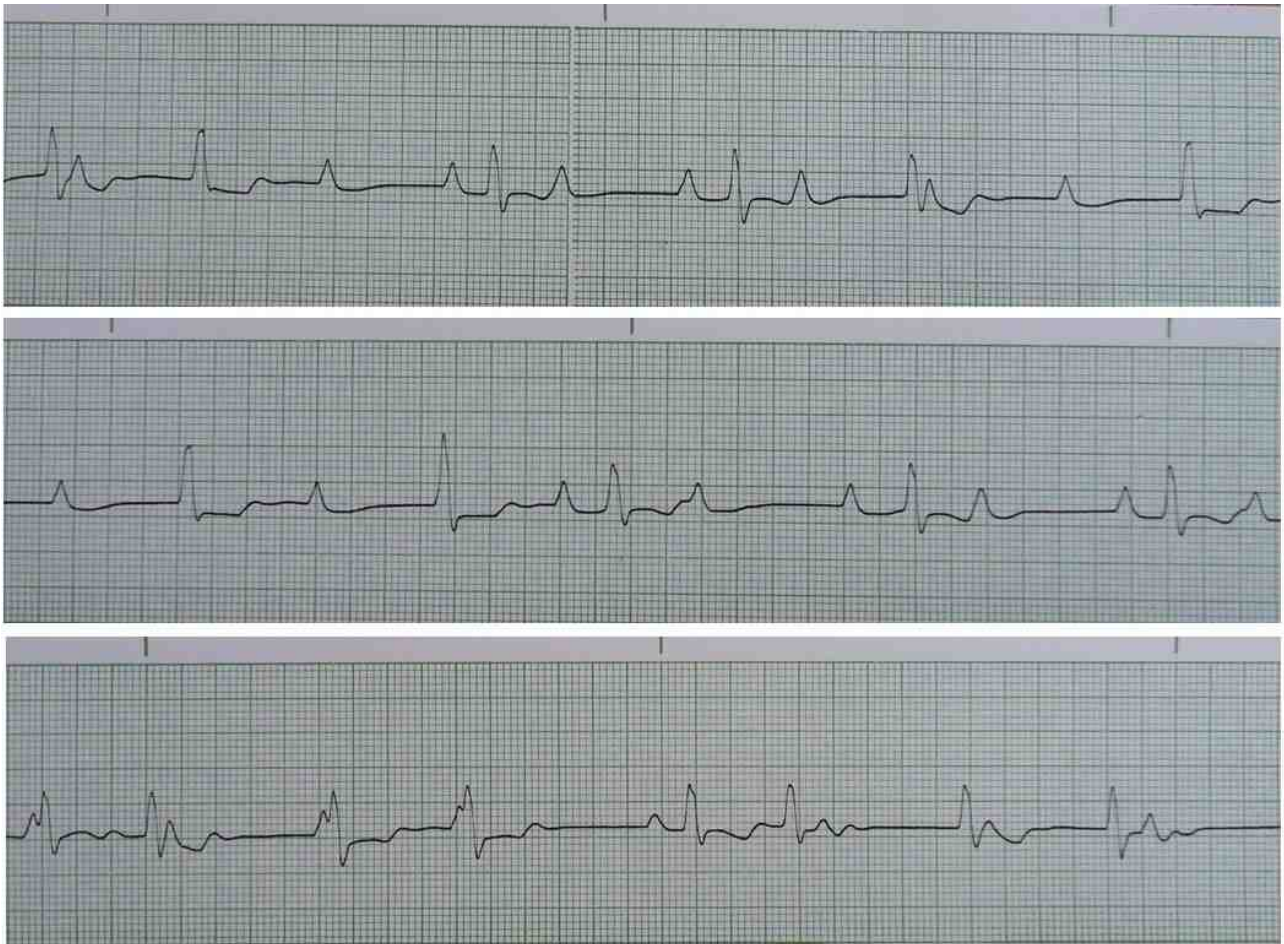
Mi duda sobre el ECG es la siguiente. ¿Hay alguna explicación para la variación de la FC? ¿existe disociación AV?

Muchas gracias.

Lucas Barbieri



DI



DII

OPINIONES DE COLEGAS

Seria interesante contar con las 12 derivaciones.

El BAV congénito en general es suprahisiano con QRS angosto.

De la FC variable no sé porqué.

Emilio Marigliano

Hola Lucas

Parte de la definición de BAV completo es que los intervalos RR sean regulares (ya que son escapes nodales o ventriculares).

En este caso el QRS es ancho sugiriendo un bloqueo por debajo del HIS.

Sin embargo, el hecho de que los RR sean irregulares sugiere fuertemente que algunos de los latidos están siendo conducidos.

Los bloqueos AV congénitos asintomáticos, con bloqueos por arriba de His pueden esperarse de por vida (incluso las mujeres pueden dar a luz, recientemente Natalio Ros me presentó una embarazada de 3er trimestre con BAV congénito y escape a 50 por minuto con QRS angosto).

Este caso es DIFERENTE ya que el QRS es ancho y el bloqueo es de alto grado.

Debiera rápidamente establecerse qué tipo de cardiopatía tiene (si alguna) y proceder a implantar un dispositivo; independientemente de la presencia de síntomas, ya que con un bloqueo de alto grado y QRS ancho, la primera manifestación puede ser muerte súbita.

Salud

Adrián Baranchuk

Adrián ¿qué le pondrías?

¿Un DDD?

¿VDD no hay más o ya no se indican?

Por el QRS ancho, ¿se podría evaluar resincro?

Ricardo Paz

Hola Ricardo

¡Qué alegría escuchar de vos! ¿Cómo estás? ¿Cómo está el calor en el querido Santiago? Primero lo estudiaría mejor, no sabemos nada más que la edad de este muchacho.

Interrogación, examen físico y como método complementario un Eco/Doppler (hay un soplo por ahí).

Si el paciente tuviera un corazón estructuralmente normal con función ventricular izquierda conservada, le pondría un doble cámara.

Los estudios a largo plazo con VDD demostraron que la sensibilidad auricular se pierde y por eso perdieron fuerza en el mercado.

Lo otro es que los doble cámara permiten implementar los algoritmos para evitar marcapaseo innecesario del VD (en este caso eso NO es relevante ya que el paciente tiene BAV de alto grado y va a quedar marcapaseado, te diría de por vida).

Resumen: si el corazón es normal o por lo menos la FC es normal: DDD con implante del VD en el séptum.

Esperemos que Lucas nos cuente un poco más de este caso.

¿Qué piensan Pancho, Dardo, Banina, Retyk?

Salud

Adrián Baranchuk

Sobre el caso de BAVC congénito ... pregunto al grupo ...

¿El marcapaso iría en AD y TSVD o en punta de VD, sabiendo el efecto deletéreo de la estimulación en punta?

¿Les gusta la posibilidad de AD y estimulación en His o les gustaría la posibilidad de estimular AD y VI a través de seno coronario?

Mauricio Rondón MD

Hospital Universitario de Caracas

Sección de Electrofisiología y Marcapasos

Servicio de Cardiología

Caracas-Venezuela

Bien Adrián, gracias.

Hoy sábado de guardia en la UTI del Hospital Regional que es muy similar a una Unidad de Trauma de guerra por la cantidad de accidentes y complejidad de los casos.

Con 40 grados hasta la semana pasada. Mañana harán 33°. Nada de frío diría yo.

Chequeá sino con Sirena.

Me quedé claro lo de los VDD.

Veremos resultados de los estudios y el dispositivo que más convenga. Por el tema de la edad del chico y la tasa de uso de marcapaseo va a ser alta.

Gracias. Y saludos.

Ricardo Paz

Comparto totalmente lo planteado por Adrián.

Fundamental, hacer el ecocardio y descartar cardiopatía no diagnosticada.

Un breve comentario sobre el VDD vs DDD.

El VDD yo lo dejé de usar por las siguientes desventajas:

1 - 10 a 15 % de falla de sensado atrial durante la actividad física (caminar simplemente)

2 - en los paciente añosos, que suelen tener cardiopatía asociada, suele ser necesario el uso de betabloqueantes, y los paciente suelen terminar con bradicardia sinusal y marcapaseo ventricular en VVI. Con la consiguiente pérdida de sincronía AV.

O sea, que los VDD pueden ser útiles solo para pacientes "sanos", valga la paradoja.

Específicamente, los pacientes muy jóvenes con BAVC son el único caso en que los usé. Ejemplo, si necesita un MP a los 12 años, prefiero colocarles un cable solo y esperar que crezca.

Esos paciente los espera un montón de recambios de generador por delante y en cualquier momento se puede poner el electrodo atrial si es necesario.

ESTIMULACION VENTRICULAR SEPTAL vs RESINCRO

Parece prematuro ponerle un resincro a este paciente. Es probable que solo con sincronizar A y V mejore la función ventricular. Yo le pondría un bicameral y vería la evolución. Si el MP fue colocado precozmente va a mejorar la FEVI.

Yo pongo el 99% de los cables ventriculares en el séptum. Siempre es mi primera opción.

Sólo si se complica el ponerlo en el séptum voy al ápex del VD.

Lo que no me ha resultado es lo del implante en el Bachman. Pura "*sanata*". Simplemente es estimulación septal alta. Estimulación "peri Bachman" sería más realista. Y la verdad no he visto nada significativo.

Saludos,

Daniel Banina

Queridos Maestros, el paciente de 19 años con BAV congénito asintomático lo vi dos años consecutivos.

La última vez que lo vi me comento que en la primera consulta le habían querido implantar un marcapaso pero por decisión de un arritmólogo no lo hicieron.

Lamentablemente no tengo más datos.

Mi idea era compartir el ECG, el cual me parece interesante.

Les agradezco a todos por los comentarios y las enseñanzas.

Un abrazo grande.

Lucas Barbieri
