

# Paciente de 72 años con palpitaciones aisladas - 2016

Dr. Adrián Baranchuk

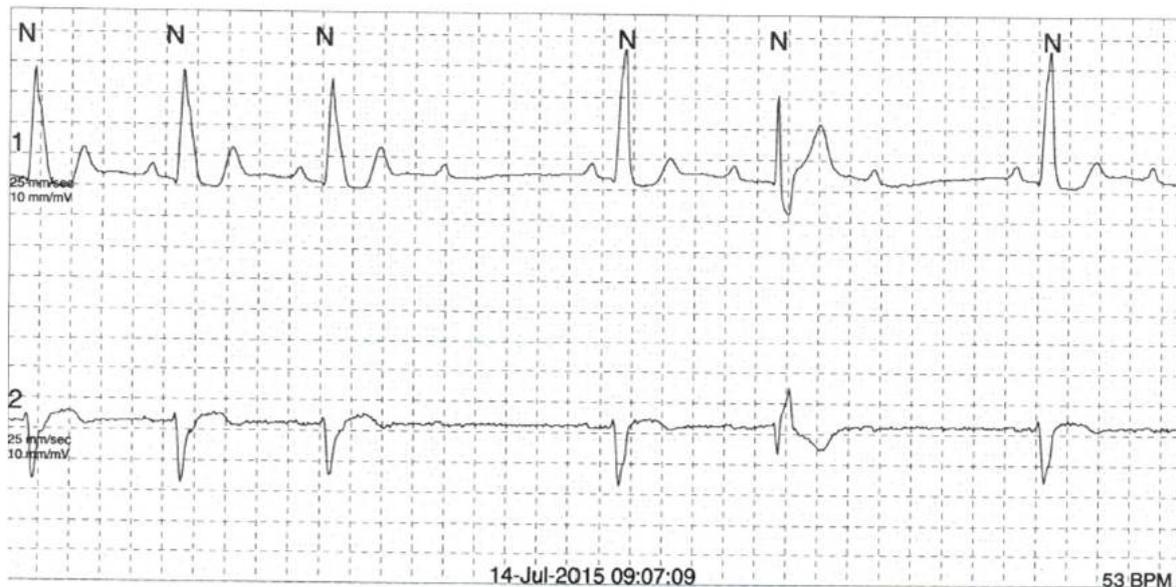
Amigos

Registro de un paciente de 72 años, masculino, que se realiza un Holter por palpitaciones aisladas. No síncope.

No toma medicación CV.

¿Cuál es su diagnóstico de este trazado?

Adrián Baranchuk  
Associate Professor of Medicine and Physiology  
Cardiac Electrophysiology and Pacing  
Head, Heart Rhythm Service  
Kingston General Hospital  
FAPC 3, 76 Stuart Street  
K7L 2V7, Kingston ON  
Queen's University



---

## OPINIONES DE COLEGAS

Ritmo sinusal  
Bloqueo rama izquierda  
Bloqueo AB Mobitz 2  
Bloqueo AV 1° grado con BCRD

Lo más probable que el EEF demuestre el HV prolongado

### **SÍNTESIS**

BCRI CON HV prolongado  
Riesgo de BAVC

En relación a esta opinión del ECG ¿indicarías un EEF o basta sólo el ECG para recomendar un MP?

Considerando que está asintomático es racional saber el HV, que seguramente será mas de 100 MS y a corto plazo o ya mostrará un BAVC

Juan José Sirena

---

Hola Juan José

Casi **NO** hacemos EEF para determinar marcapasos: si el paciente está sintomático con algún grado alto de bloqueo AV, va a marcapasos.

Si el paciente tiene síntomas **SIN** documentación de trastorno de conducción severo, va a monitoreo cardíaco: sea Holter, monitor de eventos (los usamos hasta 4 semanas) o loop implantable (ahora usamos el inyectable!), el cual me lleva 2.5 min piel-piel.

Este caso se definió un poco más adelante con bloqueo AV completo, pero esta parte del trazado es muy curiosa, y tengo ganas de conocer la opinión de los Maestros del foro, a quienes debemos sumar inmediatamente a Gerardo, Rafael e Isabel.

La pregunta es: ¿qué mecanismo pone en manifiesto esta forma de bloqueo?

Espero haber contestado a tu pregunta, y te cuento una más.

Bob Sheldon de Calgary, conduce actualmente un estudio llamado **SPRITELY**, en el cual incluimos muchos pacientes, que ingresan por síncope y bloqueo bifascicular. Se randomizan a marcapasos vs loop recorder. En unos años, sabremos qué hacer con estos pacientes...

Abrazo

Adrián Baranchuk

---

Adrián:

Bloqueo de 2ª grado Mobitz II.

Entre el 4º y 5º latido (este último con morfología diferente) hay periodo de Wenckebach.

Saludos

Eduardo Quiñones

---

Estimada gente del Foro:

Mi humilde opinión: el ECG me impresiona como un bloqueo bilateral de rama. Cuando hay BRI conducidos y BED conducidos con diferente PR la onda P no conducida es, la mayoría de las veces por bloqueo AV infrahisiano.

Esto lo explica muy bien Leo Schamrot en el libro: Trastornos del ritmo cardiaco. Editorial JIMS Barcelona, año 1978 capítulo 36

Saludos a todos!!

Daniel Dasso

---

Buenas noches a todos!

Aquí en Bs As son cerca de las 21hs.

Me atrevo a adjuntar un esquema tal y cual se dibujó en mi cabeza cuando ví el trazado que subió Adrián.

Adhiero a la idea de un severo trastorno de conducción infra-His con compromiso trifascicular.

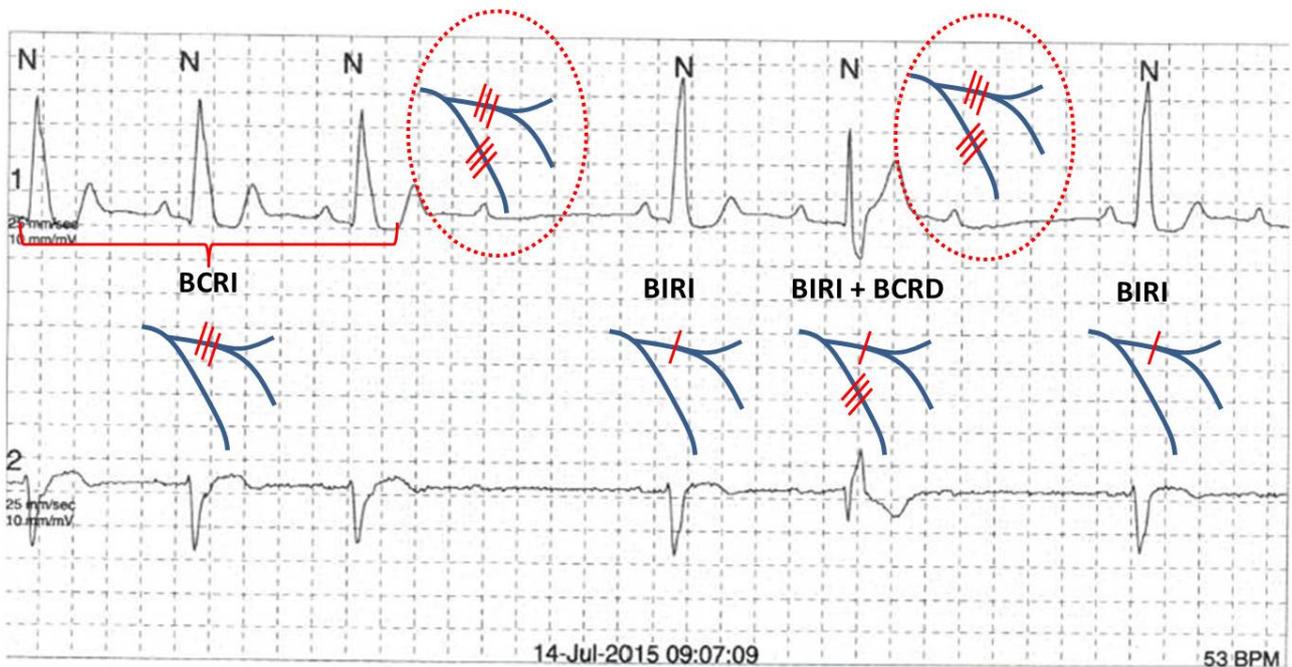
Es decir, bloqueo de la RI <completo e incompleto> junto con un BCRD que cuando se expresa junto con el BRI produce afectación directa de la conducción A-V (HV prolongado).

Por favor díganme pronto si estoy muy errado así corrijo esa idea en mi cabecita.

Van mis saludos y admiración a todos Uds!

Y Gracias Adrián por hacernos pensar siempre.

Damián Longo



Damián: adhiero plenamente a tu idea.  
Saludos a todos

Daniel Dasso

Buenas Damián,  
Es mejor el dibujo que hiciste que la explicación que devino medio confusa.  
Lo que vos postulas, se llama "**equal delay in both branches**" (ver Josephson), y en eso se piensa cuando en un paciente con PR normal y QRS ancho, se produce un angostamiento del QRS pero a expensas de una prolongación del PR, por el mecanismo que vos explicaaste muy bien.

¿Podría ser este el mecanismo en este caso? ¡Podría ser!  
Pero asumiendo que el trazado corresponde a un V1, pareciera ser que el latido diferente, más que angosto, tiene BCRD...con lo cual, el "equal delay" no funcionaría, porque en ese latido parece ser que la rama izquierda se ha recuperado (aunque sea parcialmente) dando un BCRD. Pero claro, al prolongarse el PR uno podría decir que las dos conducen más lento, o sea, un "equal delay not so equal".

Creo que tiene que haber otra combinación que pueda explicar esto.  
Rafa, Isabel, Gerardo, Andrés, Samuel, Banina... ¡alguien que aporte otro mecanismo para explicar esto...?

Saludos.

PS: no dejo de sorprenderme la sagacidad de Damián. Dámian, si metes *equal delay in*

*both branches* en Google, te lleva directo al libro de Josephson, remarcado en Amarillo lo que tenés que leer para cerrar este tema.

¡Te felicito Damián!

Adrián Baranchuk

---

Queridos amigos del Forum

A electro raro, también análisis raro

Los primeros 4 latidos

Las ondas P regulares es decir distancia iguales

PR en los 3 latidos normal

Pero el voltage del QRS se va achicando, sugiriendo una reducción de la velocidad de la conducción, creando un bloqueo distal tipo Wenckebach (después le envío una publicación nuestra sobre conducción distal de Wenckebach)

Este bloqueo no es en el A-V node, sino en la rama izquierda

El segundo grupo me parece que es un bloqueo rama izquierda 2/1 con conducción de bloqueo distal de las 2 ramas, y tal vez la P no conducida, podría ser un bloqueo retrógrado de la rama izquierda.

El tercer grupo es bloqueo de rama izquierda 2/1

La discusión está abierta

Samuel Sclarovsky

---

Es un estudio Holter, supongo que el canal superior corresponde a una imagen similar a DI y el segundo a V1, si esto es así supondría que los primeros tres latidos presentan un BRI, en este trazado sería el trastorno de conducción dominante, seguidos de una onda P bloqueada lo cual produce que el siguiente latido conduzca mejor de lo esperado (QRS más angosto y onda R más alta); esto podría ocasionar una inversión del linking produciendo una conducción con bloqueo de la otra rama (5° latido BRD). La diferencia entre la conducción de ambas ramas parece ser de 0,06 seg en este caso.

Atte

Isabel Konopka

---

Gracias Isabel. ¿Cuál es la causa de la prolongación del PR en el latido que conduce con BCRD? ¿Es causa o consecuencia?

Saludos

Adrián Baranchuk

---

No entiendo tu pregunta porque es causa y consecuencia

Atte

Isabel

---

Hola Isabel

¿No comentaste en la prolongación del PR en el latido que conduce con rama derecha, y para mí, ahí está la clave de este caso.

Entonces te pregunto de nuevo: ¿El PR se prolonga porque ahora se sumó un defecto de conducción en la rama derecha? ¿O el PR se prolonga por enfermedad nodal, permitiendo que la rama izquierda se recupere?

¿Causa o consecuencia?

Espero haber preguntado más claro esta vez.

Saludos

Adrián Baranchuk

---

En los pacientes con trastornos severos de la conducción, cuando se produce una pausa prolongada la cual mejora inesperadamente la conducción de la rama con el bloqueo dominante y se produce la inversión del linking, éste también puede afectar en forma retrógrada el sistema de conducción prolongando también el PR. Esta es la explicación más sencilla, no lo puedo asegurar y podrían existir otras donde tengo que delirar más.

Atte

Isabel

---

¿Podrías explicar para los que están menos familiarizados, **QUÉ** es la inversión del "linking"?

Creo que algunos se deben haber asustado con eso de "*esto es la explicación más sencilla*" (jeje).

Mil gracias por tu dedicación al foro.

Adrian Baranchuk

---

Estimado Adrián: creo que sería raro pensar que el problema está en el NAV. Sería de mucha casualidad. Saludos y deseo verte en el quinto congreso en el Panamericano (BsAs) Abrazo Grande

Daniel Dasso

---

Lástima que el trazado sea tan corto.

Suponiendo que el QRS con PR normal es BRI (no estoy seguro porque tiene pequeña q inicial) y que el QRS con PR largo tiene BRD.

Entonces se trata de un Bloqueo AV de 2° grado por compromiso BILATERAL de ambas ramas. No se necesita el *linking* para explicar los fenómenos aunque es probable que exista.

La Rama Derecha conduce tipo Mobitz II con PR fijo de 0.19 seg (norma) y tiene un periodo refractario de 760mseg

La Rama Izquierda conduce mas lenta que la derecha con un PR de 0.28 seg (es decir 0.09seg mas lenta que la derecha, posiblemente Mobitz I pero no seguro) pero tiene un Periodo Refractario más corto que la derecha: 740mseg. Cuando el PR es corto con BRI no necesariamente se bloquea la RI sino simplemente su conducción no se puede manifestar porque los ventrículos son activados íntegramente por la RD.

Cuando el RP mide 720 mseg o menos la P se bloquea en ambas ramas

Si no tiene una situación aguda que cuando evolucione mejore la conducción, le pondría un MP sin más síntomas ni estudios.

Con afectuosos saludos de Gerardo Nau

---

Amigos

¡Genial análisis del Dr. Nau!

¡Gracias Gerardo por esta clase magistral de electrofisiología!!!

Edgard, el FIAI está en lo más alto en mucho tiempo, con análisis como los de Rafael, Gerardo, Samuel, Andrés... ¡esto se ha puesto verdaderamente muy bueno!!!!

Un fuerte abrazo para todos,

[Adrián Baranchuk](#)

---