

Paciente masculino de 55 años con trastorno de conducción en el ECG

Dr. Carlos López

Estimados profesores y compañeros del foro:

Les presento un caso sumamente interesante con el que nos hemos encontrado durante la guardia de hoy. Sería muy interesante conocer su opinión.

Se trata de un varón de 55 años natural de España. No refiere antecedentes familiares ni casos de muerte súbita familiar. No deportista. Como antecedente personal, consta HTA tachada de esencial, bajo tratamiento con carvedilol 25 mg, olmesartan 20 y amlipino 5 mg. También rinitis alérgica ocasional. No clínica infecciosa, viajes transoceánicos ni excursiones.

Acude a urgencias por episodio de inestabilidad inespecífico en el trabajo; hallándose en la casa durante toma de tensión arterial, se constata frecuencia cardíaca baja. Nunca síncope.

Les muestro los ECG con los que nos encontramos, en mi opinión llega con un BAV de segundo grado tipo I con fases de BAV completo.

Tras 24h desde la retirada del betabloqueante, persiste el trastorno de conducción con rachas de taquicardia de QRS estrecho y salvas de TVNS con intervalo de acoplamiento corto.

Se inicia magnesio IV estabilizando la arritmia ventricular y quedando el trastorno del ritmo que se aprecia.

El paciente se ha mantenido en todo momento asintomático.

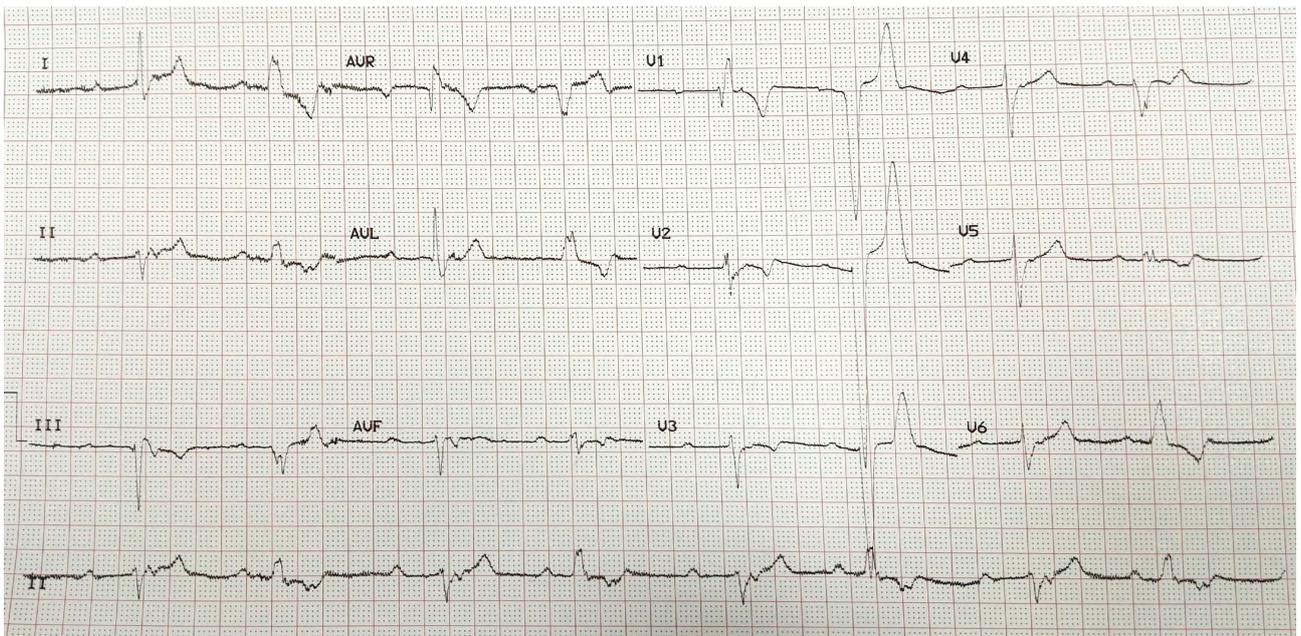
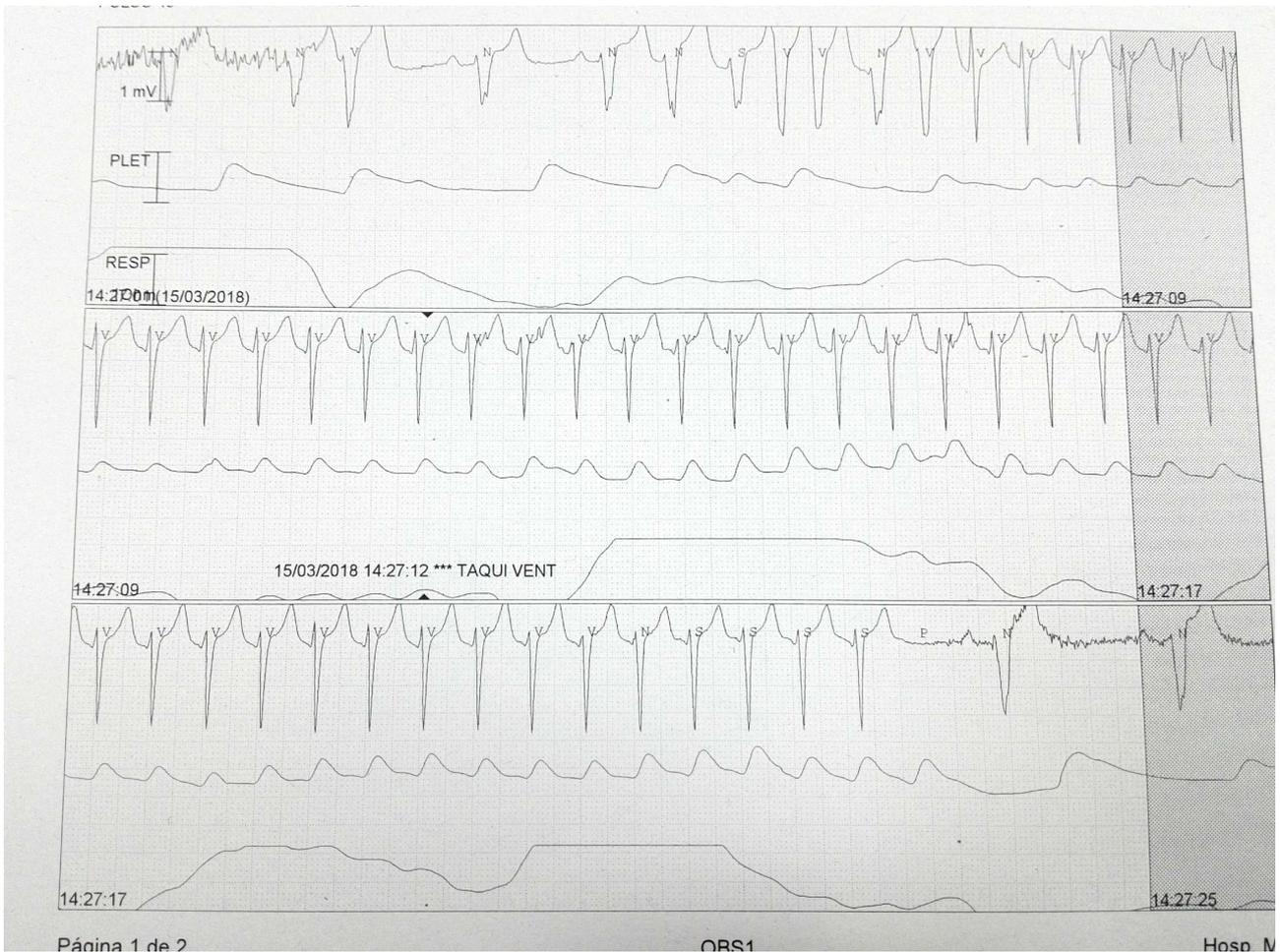
De momento no se ha podido realizar ecocardiograma ni resonancia magnética, aunque la función ventricular mediante ecocardiografía parece conservada.

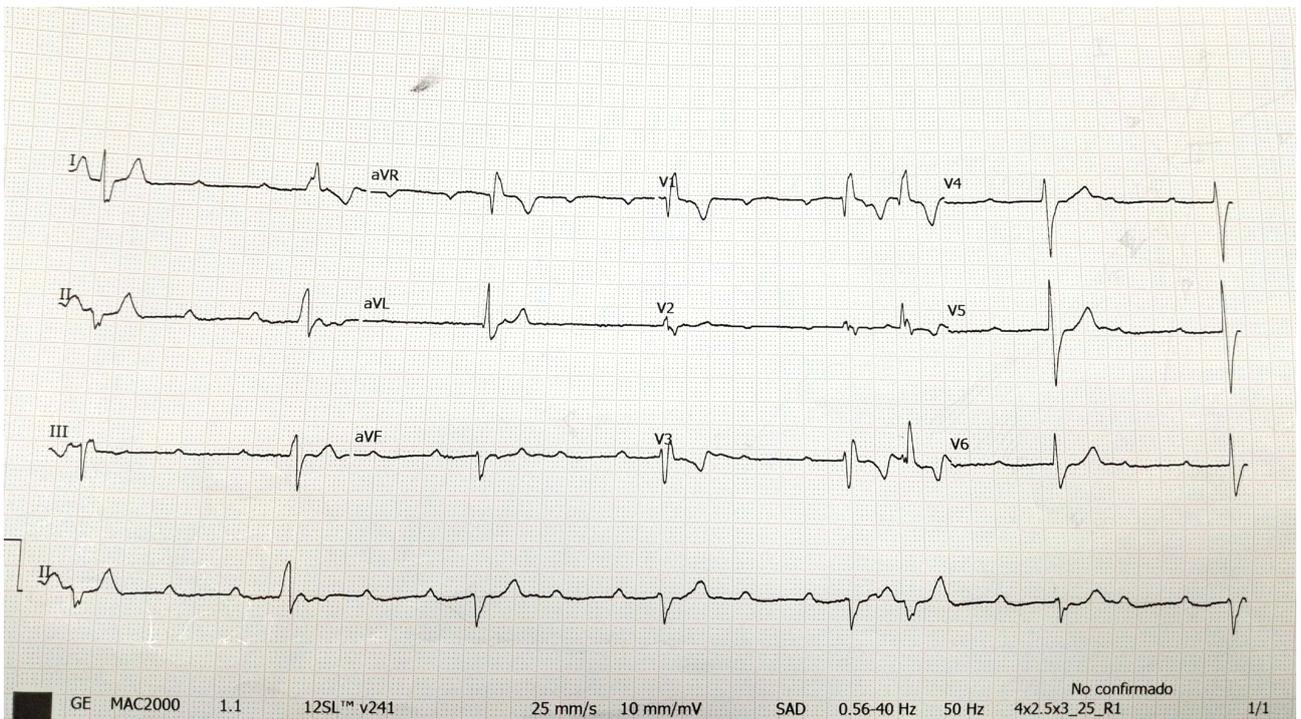
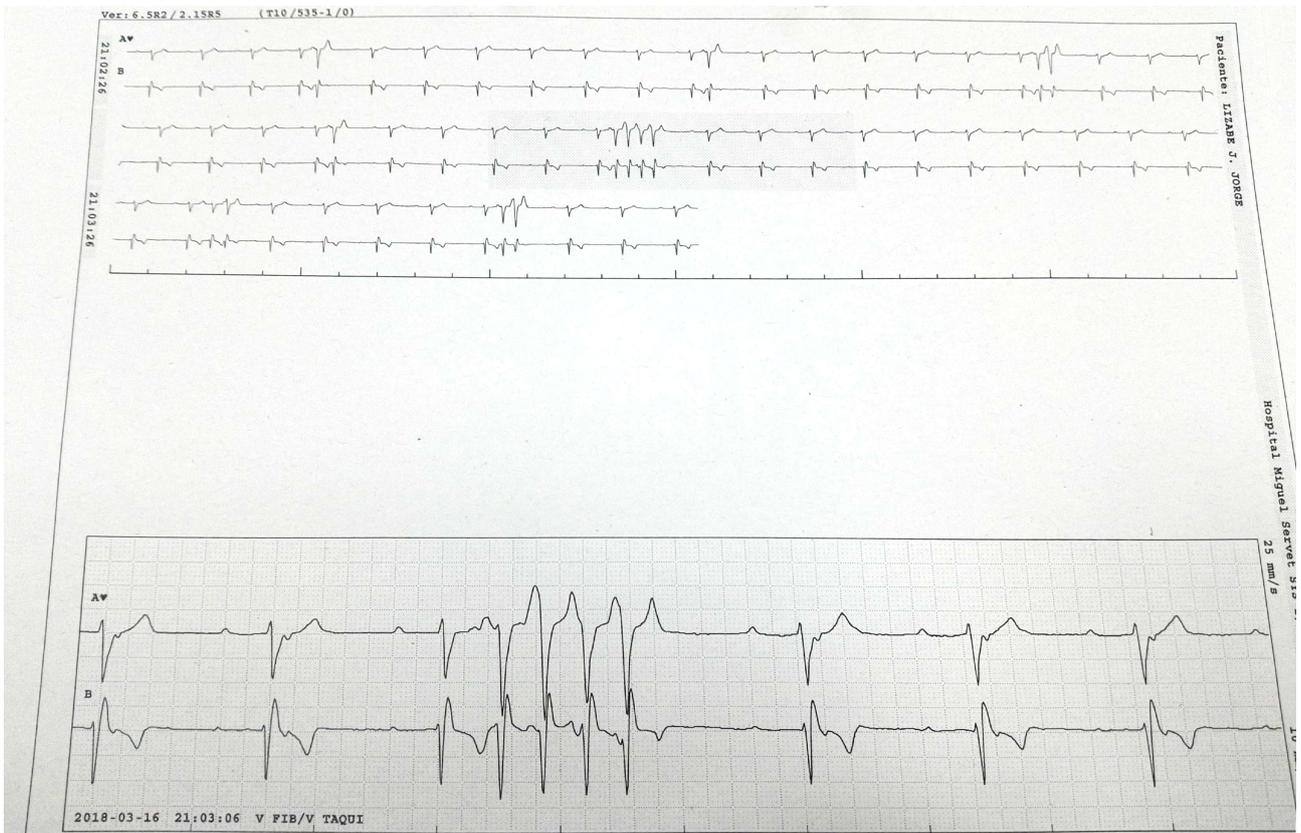
Ya me contarán qué les parece.

Un cordial saludo y muchísimas gracias por su labor docente.

Carlos López







OPINIONES DE COLEGAS

Se observa bloqueo AV avanzado. Evito en general usar el término bloqueo “completo” tanto para las ramas como para la conducción A-V.
 También se ve bloqueo de rama bilateral y conducción supernormal.
 Tendríamos que discutir uno por uno los trazados si le interesa al Dr. Lopez.

Saludos,
Mario D. Gonzalez

El bloqueo de rama bilateral se aprecia muy bien, pero me interesa lo de la conducción supernormal que creo que se me escapa... ¿me pueden ayudar con eso?

Ahora el paciente conduce con taquicardia sinusal y BRD

¡Muchas gracias!

Carlos López

En A tenemos una taquiarritmia, no puedo descartar que no sea una taquicardia sinusal y latidos de escape ventricular de más de un foco; ver la tira de ritmo, los PR son distintos. En B sigue con la misma taquiarritmia y se observa un bloqueo 2:1, probablemente con un bloqueo bilateral de rama.

El ECG C no sé de cuando es porque figura como fecha 2001. ¿Era el ECG previo del paciente?

En D no estoy tan segura que sea ventricular

Afectuosamente

Isabel Konopka

La imagen C es del 16 de marzo de 2018, está mal fechado.
El paciente no tenía electrocardiogramas previos.

Carlos López

Estoy de acuerdo en general con lo que describe Isabel.

Algunos puntos: creo que en A puede ser taquicardia sinusal con conducción 3:1.

Frecuentemente, cuando el paciente entra en un bloqueo de alto grado, desarrolla taquicardia sinusal por el aumento del tono adrenérgico tratando de mantener la presión arterial.

El único PR más largo es el que sigue al latido con conducción supernormal.

En B, BRD con HBAI alternando con BRI. El PR es más largo en los latidos conducidos con BRD + HBAI. El trastorno de conducción en la rama izquierda se muestra por la prolongación del intervalo PR.

En C, BRI

En D, BRD + HBAI. No puedo explicar los 4 latidos rápidos con la misma morfología que los conducidos. ¿Taquicardia de la unión?

El latido con conducción supernormal lo marcó claramente Isabel. Es un latido conducido cuando debería haberse bloqueado. Se ve en fascículos dañados con períodos refractarios prolongados.

Saludos,

Mario D. González

En una tira de ECG tan corta uno no puede apreciar bien los fenómenos.

Si bien no hay mucha diferencia si tenemos un bloqueo 3:1 o si tenemos un bloqueo de alto grado con escapes bajos.

Muestro la medición de la figura en donde la línea azul es siempre la misma, y los asteriscos rojos nos muestran una frecuencia fija de uno de los complejos QRS; en donde impresiona existir ciertas diferencias del segmento PR, inclusive el previo al segundo latido que evidencia supernormalidad del fascículo posteroinferior, es un poquito más corto.

En un primer momento yo pensé igual que Mario con respecto a este ritmo, pero al observarlo mejor cuando marqué las ondas P visualicé sutiles diferencias en el PR y al medirlo me impresionó que era un ritmo de escape con frecuencia fija.

Afectuosamente

Isabel Konopka



ECGs complicados con enfermedad del sistema de conducción en varios niveles.... creo que lo 1ro a hacer es colocarle un MCP transitorio para tratar de homogeneizar la actividad eléctrica cardíaca.... lo 2do es buscar la causa que debe ser alguna miocardiopatía... a descartar isquémica por ejemplo.... y luego seguramente un MCP definitivo.... idealmente un DDD.... y de acuerdo a la fracción de eyección, resincronizador y/o desfibrilador

Ricardo Omar Paz Martín

Si el paciente está estable, es preferible no colocar un marcapasos transitorio porque aumenta el riesgo de infección.

Le implantaría un marcapasos definitivo si sigue con trastornos de conducción

Gracias Isabel por tus cuidadosas mediciones e interpretación del trazado.

Saludos,

Mario D Gonzalez

Ahora el paciente está en ritmo sinusal con bloqueo de rama derecha a 90 lpm, no se implantó marcapasos transitorio.

Se ha realizado ecocardiograma normal.

Se decidió solicitar resonancia cardíaca para descartar patología estructural, ya que las rachas de taquicardia de QRS más ancho se han interpretado como TV no sostenidas. Les comentaré los resultados.

Muchas gracias!!

Carlos López
