

Bloqueo AV paroxístico y síncope – 2015

Dr. Juan Ricotto

Estimados amigos del foro, me gustaría compartir un registro del monitor de un paciente que tuvimos internado por síncope en nuestra unidad coronaria. Creo que es un excelente ejemplo del mecanismo de los bloqueos paroxísticos. Me gustaría saber su opinión.

Atte Juan Ricotto.

Hospital Provincial Neuquén.



OPINIONES DE COLEGAS

- 3 primeros latidos ritmo sinusal con QRS angosto y PR largo (BAV 1° grado)
- a continuación o es una EV prematura o un artefacto de la línea de base (me tiro más hacia la EV)

- luego BAV completo, 7 ondas P sin QRS
- al parecer sale con un ritmo alternativo, con QRS de diferente morfología y duración que al inicio, pero difícil de medir porque no hay cuadraditos chicos, pero diría que más ancho que el normal, lo que podría corresponder a un ritmo idioventricular o de la unión con una frec de 30 por min aproximadamente. Ondas P descargando a 75 latidos por minuto.

Conclusion: BAVC

¿Cómo siguió?
¿Se desbloqueó?
¿Fue intermitente? o ¿Permanente??

Y de paso pregunto: es un monitor multiparamétrico con ECG arriba y SO2 y frecuencia respiratoria abajo. Los 3 trazados del medio de línea continua en serrucho ¿de qué son?

Gracias

Ricardo Paz
Sgo del Estero

Hola

Es un hermoso trazado. Hemos publicado dos casos muy semejantes.

Por definición, **esto NO es un bloqueo AV paroxístico, sino un bloqueo AV por interferencia** (para leer bloqueo AV paroxístico, sugiero Brignole et al JACC 2011).

La extrasístole ventricular que señala Ricardo presenta conducción AV retrógrada oculta que torna refractario el nodo AV en su conducción anterógrada, produciéndose el bloqueo. Esto se llama bloqueo por interferencia. Señala Ricardo, luego viene el ritmo de escape. El serrucho, Ricardo, es algún cable desconectado o no usado, es simplemente artefacto.

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Hola Ricardo, sí, es un monitor multiparamétrico.

El trazado de arriba es el ECG, yo tomo la guardia a las 15:30 y el paciente me cuenta que durante la visita literalmente se le apagó la Tele durante unos segundos. Voy a buscar el registro y veo esto. El ritmo se reinició normalmente luego del episodio con un BAV de primer grado. Le implante un MCP transitorio y al día siguiente uno definitivo.

Estimado Dr Baranchuk, muchas gracias por el dato. Además me gustaría aportar algo más: La EV penetra seguramente un haz de His con células sódicas enfermas, provoca la refractariedad de la primera P, luego permanece en refractariedad en fase 4, luego de la 7ma P sale un escape ventricular, que es la única forma de salir de estos bloqueos en fase 4. Por eso creo que este registro además de ser raro es muy instructivo.

Juan Ricotto

Si Dr. Juan Ricotto: Es un típico ejemplo de bloqueo completo paroxístico, con frecuencia sinusal de alrededor de 120 lpm, con PR normal.

Se debe descartar si la imagen sinusal es igual que las bloqueadas y tienen la misma frecuencia. Porque si son diferentes se debería analizar el papel de la extrasístole ventricular antes del bloqueo, para descartar una despolarización retrógrada auricular, que podría inducir una taquicardia auricular no sostenida bloqueada.

Eso caso indica un estudio electrofisiológico, para contestar a la pregunta marcapaso o no.

Dr. Samuel Sclarovsky

¡Qué lindo trazado! Para nosotros por supuesto...

Me quedan unas preguntas para hacerle a Adrian, quien me acaba de dinamitar el concepto de BAV de alto grado paroxístico con este concepto de BAV por interferencia. Y respecto a eso, una duda:

Siguiendo el P-P (que entiendo es sinusal) es regular lo que me hace pensar que la EV no retroconduce (la P quizás seguiría siendo sinusal) pero SI afecta retrógradamente al NAV y lo pone refractario por ese ciclo (3ra onda P)... Ahora bien, ¿por qué se bloquean las siguientes 9 ondas P?

Entiendo en como afecta la EV a la P sinusal siguiente (que es lo que sucede en las EV no interpoladas generalmente... hay una P que no logra conducir), o sea que entiendo la interferencia, pero no entiendo el bloqueo de alto grado de tantas P sucesivas luego de esa interferencia.

¿Qué otro término le cabe? ¿No sería una arritmias con 2 apellidos?

Espero no haberme enredado mucho

Saludos

Damian Longo

Hola Damian

Los conceptos varían a partir de que aprendemos más.

El término bloqueo AV paroxístico IDIOPATICO, tiene ahora una caracterización individualizada, desde que Brignole publicó una serie (primera) de 18 casos en JACC (2011, creo).

Desde el advenimiento de la extensión, monitoreo cardíaco con los ILR, tenemos mucha más precisión con el mecanismo fisiopatológico bloqueo AV.

Ahora vemos con precisión si el bloqueo se precede de enlentecimiento sinusal, o por el contrario está precedido de taquicardia sinusal, vemos si hay INTERFERENCIAS (las cuales fueron descritas en la década del '70 por Schamroth, así que el concepto de interferencia es bien conocido y viejo).

Cuando la interferencia se produce por un latido VENTRICULAR es muy fácil de ver, en este caso. El porqué algunos nodos quedan refractarios de manera anterógrada por más tiempo, es un misterio, algunos lo hacen por 2-3 ondas P otros por más tiempo en los casos que te mandé.

Reservamos el termino bloqueo AV paroxístico idiopático para aquel bloqueo AV donde de repente una onda P a frecuencia regular se para y no conduce más al ventrículo.

Como ya sabes, no soy adepto a los DOS APELLIDOS, sino a llamar las cosas por su nombre.

Un fuerte abrazo!

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Estimado Adrián: ¿podrías mandar la cita del JAAC de Brignole 2011 con volumen y paginas?

Abrazo

Daniel Dasso

Syncope due to idiopathic paroxysmal atrioventricular block: long-term follow-up of a distinct form of atrioventricular block.

[Brignole M](#)¹, [Deharo JC](#), [De Roy L](#), [Menozzi C](#), [Blommaert D](#), [Dabiri L](#), [Ruf J](#), [Guieu R](#).

Author information:

- ¹Department of Cardiology, Arrhythmologic Centre, Ospedali del Tigullio, Lavagna, Italy. mbrignole@ASL4.liguria.it

Comment in

- [Explaining the unexplained causes of syncope: are we there yet?](#) [J Am Coll Cardiol. 2011]

Copyright © 2011 American College of Cardiology Foundation. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Free Article

PMID: 21570228[PubMed - indexed for MEDLINE]

