

# Paciente de 70 años portador de BCRI y PR largo – 2018

Dr. Adrián Baranchuk

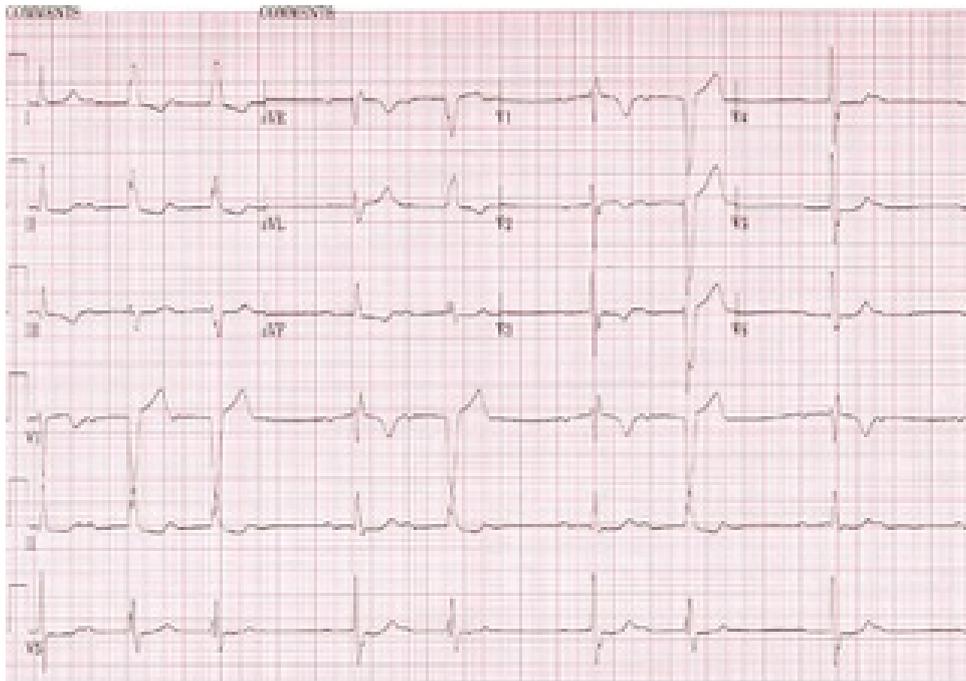
Edgardo

Este trazado corresponde a paciente de 70 años, portador de BCRI y PR largo. Luego de la cirugía (bypass) se registró el siguiente ECG.

¿A qué fenómeno corresponde el trazado? \*Se podrá circular en el FIAI a ver que piensan los colegas?

Gracias

Adrián Baranchuk



## OPINIONES DE COLEGAS

Saludos para todos.

Interrogante: ¿no se había registrado antes de la cirugía?

Parece claro que el Sistema His-Purkinje está enfermo al tener el PR largo asociado a BCRI. Se estrecha el QRS a FC más bajas y el BRI aparece a FC más altas: ¿BRI dependiente de FC? ¿Tras la Cirugía de Revascularización y con mejor perfusión miocárdica su FC disminuyó?

Gracias por compartir su caso Dr. Baranchuk

Leonardo Ramírez Zambrano

---

Es un trazado muy interesante.

El trazado muestra un bloqueo de rama bilateral como lo describió el Dr. Mauricio Rosenbaum, con la suerte de ver los dos bloqueos en el mismo trazado. Muestra además un bloqueo Wenckebach que seguramente ocurre en el haz de His o en las ramas. Luego de la P bloqueada, el primer latido conducido lo hace con BRD. Los siguientes lo hacen con BRI. Cuando conduce con BRI el intervalo PR es más prolongado por conducción lenta en la rama derecha (o en el haz de His). El bloqueo de rama bilateral pone de manifiesto la limitación al hablar de bloqueo de rama "completo" si con este término se quiere decir que no hay más conducción sobre esa rama.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

---

¡Lindo ECG!

Al inicio del trazado se puede observar una secuencia de un latido sinusal + BRD, luego otro latido sinusal + BAV 1° + BCRI, otro latido sinusal con misma morfología que el anterior y una P bloqueada. El próximo latido lo hace con PR normal + BCRD. No me impresiona que haya Wenckebach (no lo puedo medir bien). Al final del registro hay una secuencia de BAV 2:1. La P bloqueada permite la recuperación de la rama. Sugiere BR bilateral. Maniobras bradicardizantes sería interesante para ver como cambia la secuencia de los BR. El bloqueo infrahisiano es lo más probable.. El MCP se impone. Evolucionan a BAVC. saludos.

Oscar Pellizzon.

---

Estimado Mario:

El latido posterior a la pausa prolongada no presenta una imagen de BRD, tiene un complejo QRS que apenas llega a los 100 mseg, no se observan ondas S de DI y la onda R' solo se observa en V1 no en V2 lo cual implica que el asa del complejo QRS finaliza hacia atrás. Sin embargo; como presenta un intervalo PR de 300 mseg; yo no puedo descartar que tenga un bilateral de rama y después de una pausa prolongada conduzcan ambas ramas solo con un aumento del PR y se angoste y normalice el complejo QRS. El problema acá es que es difícil de evaluar porque se nos asocia un Wenckebach. El bloqueo AV lo tiene, el BRI también. Quizás con maniobras taqui y bradicardizantes se pudiese evaluar mejor el tipo de bloqueo o quizás también con tiras más largas.

Afectuosamente

Isabel Konopka

---

Hola Isabel,

Gracias por tu análisis y comentarios. El enlentecimiento al final del QRS es típico de BRD aún cuando sea de una duración menor a 120 mseg. No solo tiene R' en V1 sino enlentecimiento al final del QRS en V2 y V3. Quizás en otro espacio intercostal daría una R' en esas derivaciones. El enlentecimiento al final del QRS se ve también en otras derivaciones como en V6, aVL y aVR.

Como lo mencionas, hay que analizar el Wenckebach junto con los bloqueos de rama y además con la información clínica.

El enlentecimiento en la rama derecha o en las fibras del haz de His que están predestinadas a formar la rama derecha, resultan no solo en un bloqueo de rama derecha de bajo grado, sino también en bloqueo A-V tipo Wenckebach al existir un BRI preexistente. Un estudio electrofisiológico lo confirmaría si demuestra que el bloqueo es

distal al His o intra-Hisiano (split His).

Con el aumento de los procedimientos de revascularización y cambios valvulares, vemos con mucha frecuencia estos fenómenos electrocardiográficos que indican la necesidad de colocar un marcapasos.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

---

Hola Mario:

Vos tenes razón; yo me guíé por el primer complejo QRS de DI que no tiene BRD; pero no observé bien que en ese latido tampoco tiene R' en V1. De ahí mi confusión; muchas gracias por tus observaciones

Atte

Isabel Konopka

---

Hola Adrián: mándalo con mas resolución please!

Presenta ritmo sinusal regular 70 por minuto (no logro ver bien la cuadrícula), con signos de crecimiento auricular izquierdo.

Comienza con un bloqueo AV 3:2 con fenómeno de Wenckebach esto es raro ya que se da en un porcentaje si mal no me acuerdo del 7% de los bloqueos infrahisianos.

Cuando conduce luego de la P bloqueada, mejora la conducción hisiana de la rama izquierda, en esto encuentro la respuesta al sitio del bloqueo.

La pausa provocada hace que la rama izquierda recupere su conducción y conduce con BIRD.

El latido siguiente se prolonga el PR y presenta BRI (enfermedad de la rama izquierda asociada),

La onda P bloqueada, no es por bloqueo hisiano, presenta enfermedad de la rama izquierda asociada, es cierto.

Pero es por enfermedad infrahisiana no por el bloqueo suprahisiano, que se produce el bloqueo, ya que cuando presenta BAV 2:1 conduce con BIRD.

¿Por qué esto?

Debería conducir con BRI si es por enfermedad de ambas ramas asociadas que se prolonga y provoca el BAV 2:1. Es decir suprahisiano..

Esto no sucede porque el bloqueo es infrahisiano.

Muy lindo caso

Un abrazo grande

Martín Ibarrola

---

Estimados colegas. No es un caso fácil, además de ser un trazado sin mucho foco que impide una buena medición.

Además no tenemos un trazado previo al cateterismo. Con la información que hay creo que el caso se interpreta de la siguiente manera:

Basalmente nunca tuvo una interrupción de la conducción en la RI, sino una demora > de 60 mseg, en su conducción porque:

El el trazado problema se agrega una trastorno de conducción en la RD motivado probablemente por el cateterismo porque tiene una isquemia anterior con alteraciones de T de V1 a V4. Entonces cuando se observa BRI el PR mide aprox 0.44 seg, demora que ocurre en la RD por conducción lenta, pero la activación ventricular se hace de derecha a izquierda. El PRA de ambas ramas es mayor de alrededor de 480 mseg (RP bloqueo bilateral).

Cuando existe BRD el PR mide aprox 0.30 por la demora en la RI, cuyo un PRA menor de 1200 mseg (RP aprox conducido por la RI). Esta demora en la Rama Izq era preexistente, pero se agrego una lesi3n isquemica en la rama derecha durante el cateterismo. Por supuesto tampoco tiene BRD completo, sino la misma tiene una demora en la conducci3n mayor que la rama izquierda por lo que la activaci3n de los ventr3culos es de izquierda a derecha.

Si se solucion3 la isquemia en el cateterismo y mi interpretaci3n es verdad, yo esperar3a la evoluci3n antes de ponerle un MP porque seguramente la conducci3n por la RD se normalizar3 en pocos d3as.  
Con afectuosos saludos

Gerardo Nau

---