

Mujer de 64 años con antecedentes de FA aguda – 2014

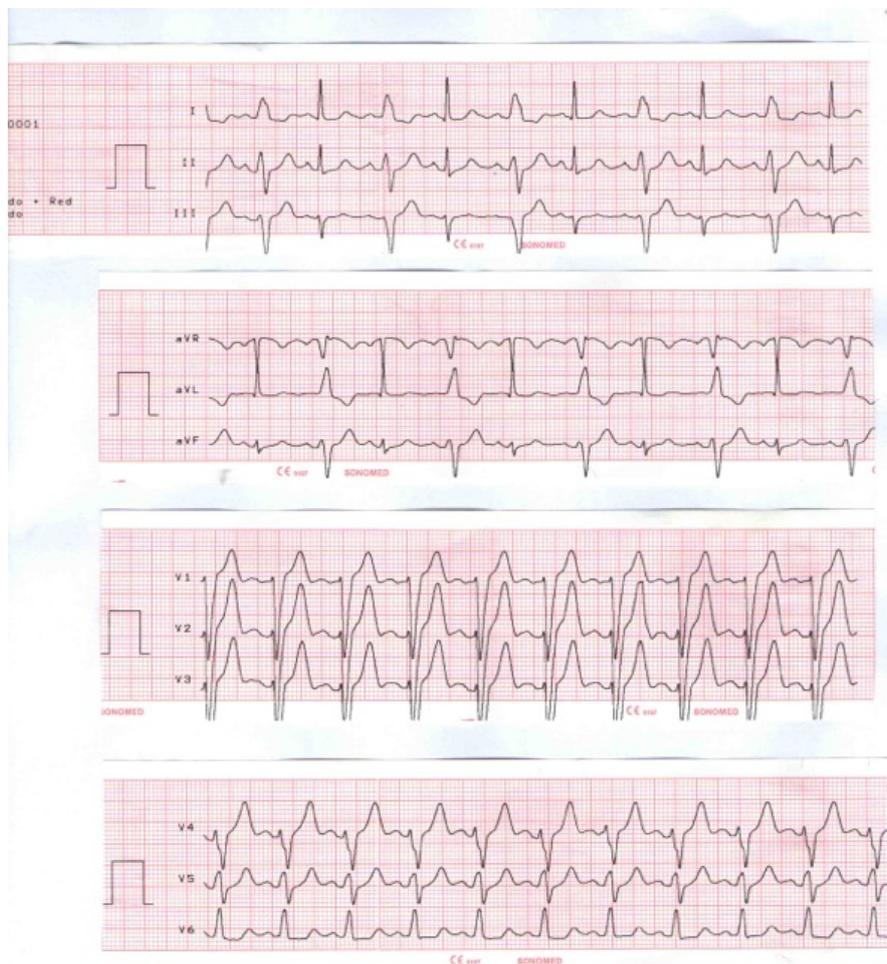
Dra. Andrea Barcelo

Estimados colegas:

Les comparto este ECG para analizar. Es de una paciente femenina de 64 años, hipertensa, con una internación previa por fibrilación auricular aguda con reversión espontánea a ritmo sinusal. Concorre a un control por HTA.

Saludos cordiales.

Andrea Barcelo



OPINIONES DE COLEGAS

BCRI intermitente, con PR normal en la secuencia del plano frontal. Se hace permanente en la tira de las precordiales.

Trastorno de conducción relativamente frecuente en pacientes con miocardiopatía hipertensiva (HVI, trastorno de relajación del VI, agrandamiento de AI, fibrosis del TIV, compromiso de válvula Ao, etc)

Conducta: - control de TA

- ecocardiograma doppler
- suspensión de drogas que pueden prolongar la conducción (B-Bloq, antag Ca no dihidropiridínicos, amiodarona, antiarrítmicos en general)
- seguimiento clínico periódico con ECG y síntomas.

Ricardo Paz

Estimada Dra Andrea:

Presenta un BCRI intermitente, no logro medir correctamente los intervalos RR, pero impresiona taquicárdico dependiente.

No refirió qué medicación recibe para su HTA.

Episodio aislada de FA y es su primer episodio, bien podría seguir de acuerdo a sintomatología y Holter, si presenta episodios de FA silente, por CHADSVasc tendría indicación de anticoagulación si presenta nuevos episodios de FA.

Por el momento si su TA se encuentra controlada, si aspirina obviamente.

En el ECG sin trastorno de la conducción no presenta signos de miocardiopatía, sino solo pienso que es un bloqueo taquicárdico dependiente, complementaria con eco para confirmar que no presenta cardiopatía estructural, y volumen y diámetro auricular.

Analítica sanguínea con perfil tiroideo.

Dudo se trate de una paciente coronaria, pero dada la edad y FRC un estudio de apremio y descartar coronariopatía me parece correcto.

Mi única discrepancia con el Dr Paz es que no presenta signos se encuentra recibiendo BB o similares prolongación del PR, por lo que la presencia del BCRI taquicárdico dependiente, sin evidencia de afectación de la conducción de la rama derecha, ni PR prolongado de base no representa una contraindicación para utilizarlos y es probable que al bradicardizar a su paciente, no presenta el BCRI y el PR se mantenga constante.

No se qué opinan de esto los colegas, pero justamente creo que el agregado de BB no presenta contraindicaciones, si luego de indicarlos repetiría en ECG para evidenciar esto.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Hola a todos, en este interesante caso coincido con el prof Martin Ibarrola he tenido algún que otro caso bastante similares y el uso de BB me ha resultado generalmente beneficioso aunque desde luego se haría comenzando a dosis baja y revisando el paciente en algunos días para precisar como le va; de ser posible un Holter ayudaría más aún
Un saludo afectuoso a todos

Yamir de Cuba

Para mí es un gusto enorme que se discrepe de mi opinión.

Menciono los B-Bloq como prolongadores de los intervalos de conducción intracardíacos. Es probable que los nuevos B-bloq (no propamolol ni atenolol) no lo alteren. Pero nobleza obliga hay que mencionarlos. Particularmente estoy indicando mucho últimamente bisoprolol (corbis) tanto como para IC como para TTo de HTA como 3ra droga asociada. Estimo que son excelentes medicamentos siempre y cuando sean bien indicados para HTA. Planteo este debate.

Gracias

Y siempre el FIAI !

Es una cátedra de cardiología para los que estamos un poco lejos!!

Abrazos

PD: saludos especial Martin Ibarrola!!

Estimada Andrea:

Trazado muy interesante por el comportamiento de la conducción intraventricular: La clínica justifica el hallazgo del bloqueo de rama izquierda aunque existen muchos casos de BRI sin otras evidencias de patología cardiovascular, particularmente en mujeres de mediana edad, hecho señalado por varios autores (Kulbertus, Bayés de Luna, Blondeau etc), así . como en mi experiencia personal.

La evolución es buena y sólo requiere control periódico para controlar la conducción AV. Este caso se encuentra en la etapa de BRI intermitente (puede durar mucho tiempo de esta manera).

¿Como interpretar el BRI 2:1 en las derivaciones de los miembros?.

Es muy importante ver que la frecuencia sinusal es ligeramente superior a la observada en las precordiales en donde el bloqueo es permanente.

En el bloqueo 2:1 el latido conducido normalmente lo hace durante la fase supernormal. Cuando la conducción se hace con BRI la rama izquierda se activa tardíamente en forma retrógrada después que el estímulo activó la rama derecha y atravesó el septum interventricular. Así, la ligadura efectiva del latido siguiente es más corta y el impulso sinusal cae en la fase supernormal (el impulso es más precoz).

El latido siguiente llega a la rama izquierda fuera de la fase supernormal y muestra el BRI. Aquí la ligadura es más larga porque la rama izquierda se activó antes pues la conducción había sido normal.

Esta secuencia se repite indefinidamente mientras el ritmo sinusal se mantenga constante. Por eso, cuando la frecuencia disminuye en las derivaciones precordiales los impulsos caen fuera de la fase supernormal y todos los latidos muestran BRI Lo notable de estos casos es que la duración de la fase supernormal suele durar unos pocos milisegundos.

Marcelo V Elizari

Queridos foristas

El análisis del maestro de maestros Marcelo V Elizari es muy sofisticado, pero analiza este caso de BI el experto internacional de la conducción acelerada y nosotros debemos nada mas que aprender de este catedrático.

Pero yo quiero agregar un dato más en este caso interesante.

Y la pregunta importante es ¿por qué una mujer con hipertensión de larga data no desarrolló hipertrofia del ventrículo izquierdo en el electro de base?

Si como he explicado en el análisis de la evolución de las hipertrofias en mujer hipertensa, y según la ley de LAPLACE debe disminuir el radio para disminuir la presión diastólica final.

Que no aparezca hipertrofia en el ECG puede ser por 2 posibilidades

1) una mutación en alguna molécula de la larga cadena biológica de las hipertrofia (alrededor del 10% de pacientes, y según el slide 3 y 4 de la bibliografía del artículo de Giovanni Esposito en Circulación 2007)

2) una hipertrofia concéntrica donde los potenciales se cancelan y el electro es normal como este caso. Y esto viene a explicar porque el bloqueo muestra signos evidentes de hipertrofia.

En la primera posibilidad electro normal y eco normal en la segunda electro normal y eco muestra hipertrofia concéntrica

\

El bloqueo de rama izquierda viene a descubrir la hipertrofia

¿Cómo?

La desviación del eje a la izquierda sugiere que la pared posterior se depolariza antes que la pared anterior, ya que la rama posterior es más ancha y corta (como lo demostró nuestro maestro Marcelo en disección del sistema de conducción izquierdo en el capítulo i de los hemibloqueos)

Esta depolarización es excéntrica y rompe la cancelación y manifiesta la hipertrofia

Esta es la causa porque las ondas S_s en precordiales derechas son tan profundas más de 35 mm

En el primer análisis de bloqueo izquierdo expliqué las causas anatómicas, estructurales y biológicas porque la mujer más de 50 años desarrolla BI, en mujeres fértiles es muy difícil encontrar un bloqueo idiopático.

En mi casuística un 2%, puede ser que en Latinoamérica hay Chagas y enfermedades valvulares como insuficiencia aórtica o estenosis aórticas reumáticas.

Espero que los foristas que tienen una extensa experiencia clínica discutan este fenómeno que no muy frecuentemente es discutido en la literatura y los médicos jóvenes tengan un conocimiento más amplio en el tema.

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky