

Bloqueo AV de tercer grado o completo paroxístico

Dr. Andrés R. Pérez Riera

El **bloqueo AV de tercer grado o completo paroxístico** (inicio abrupto) sin la presencia de otro disturbio de ritmo anterior o concomitante, es observado en pacientes con corazones normales y ECGs normales. El síncope es causado por una larga pausa de asistolia consecuencia de bloqueo AV completo paroxístico.

Sus criterios diagnósticos según Brignone son:

1. El ECG de larga duración (Holter) puede mostrar bloqueo AV completo paroxístico con una o múltiples pausas consecutivas, **sin intervalos PP prolongados, y sin intervalos PR prolongados** y no es gatillado (deflagrado *triggered*) por extrasístoles auriculares o ventriculares no ocasionadas por variaciones de la frecuencia cardiaca
2. Los pacientes tienen larga historia de síncope recurrentes sin pródromos
3. Ausencia de cardiopatía y de alteraciones electrocardiográficas
4. Ausencia de progresión hacia la forma persistente de bloqueo AV
5. Eficacia de la terapia con marcapaso
6. **Bajos niveles de adenosina plasmática** en relación a personas sanas de edad y sexo semejante y aumento en la susceptibilidad a adenosina exógena
7. El nivel plasmático de adenosina es mucho más bajo que en pacientes portadores de síncope vaso-vagal y pacientes con test de la cama inclinada (till test) positiva
8. La mayoría de los pacientes muestran alta sensibilidad a la inyección rápida de 18 a 20mg de adenosina
9. El test de adenosina reproduce razonablemente el bloqueo AV espontáneo. Este test no es abolido por atropina y sí por las xantinas ej. teofilina
10. La prueba de la cama inclinada puede ser positiva con frecuencia más baja que los pacientes con síncope vaso-vagal
11. El masaje del seno carotídeo es casi invariablemente negativo.
- 12.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con dos otros tipos de bloqueos AV paroxísticos:

- 1. El bloqueo AV intrínseco paroxístico:** que ocurre usualmente en pacientes con enfermedad cardíaca y/o alteraciones del ECG y alteraciones en el sistema intraventricular de conducción con ataques de Stokes-Adams. El bloqueo AV es iniciado usualmente por una extrasístole auricular, ventricular o del sistema Hisiano con aumento de la FC (bloqueo AV taquicárdico dependiente) o bradicardia (bloqueo AV bradicárdico dependiente). El ciclo PP disminuye durante la asistolia dado por activación de el reflejo compensatorio. El EEF confirma el sitio del bloqueo localizado abajo de haz de His.
- 2. El bloqueo AV paroxístico vagal:** El mecanismo vagal es confirmado por la gradual disminución de la frecuencia sinusal, prolongación del intervalo PR y bloqueo 2:1. Durante la asistolia el bloqueo es remplazado por parada sinusal.