

Acerca de los llamados bloqueos mascarados

Dr. Andrés R. Pérez Riera

El complejo electrocardiográfico llamado antiguamente "**bloqueo de rama mascarado**" hoy sabemos que debe ser incluido dentro de la denominación "**Nonspecific intraventricular conduction disturbance**". Las guías Americanas/Europeas desaconsejan emplear el termino bloqueo mascarado. el cual corresponde a una asociación de **BCRD con LAFB + HVI + fibrosis/necrosis (7) en la pared anterolateral del VI** responsables por las modificaciones adicionales de la parte inicial y final del complejo QRS (vectores iniciales y finales) . Este hecho hace que apenas las derivaciones del plano frontal I y aVL muestren ondas R puras y simulen un BCRI "mascarado" (se pone la máscara) . El complejo electrocardiográfico fué acuñado en 1954 por Richman et al (1;2)

Desde los estudios pioneros de Rosenbaum y col. (3, 4) se distinguen:

I) *El mascarado standard*

II) *El mascarado precordial*

III) *El mascarado standard y precordial*

En el mascarado standard el LAFB oscurece total o parcialmente el diagnóstico de BCRD apenas en el PF mediante la supresión (o disminución) de la onda S ancha en las derivaciones I y aVL (5) pero concomitantemente las precordiales derechas reflejan el clásico patrón trifásico del BCRD: o sea onda terminal rSR' con la R' ancha en V1 y V2 o V1 y en V5 y V6 S final ancha empastada con segmento ST y T opuestos a la mayor deflexión terminal del complejo QRS. En consecuencia en las derivaciones de los miembros el trazado queda similar a un BRI aunque el ECG precordial permanezca con el típico patrón de BCRD. Este patrón se explica por asociación de:

I) severa hipertrofia ventricular izquierda (HVI)

II) bloqueo localizado en la pared anterolateral del ventrículo izquierdo a menudo debido a un infarto de miocardio (7) o fibrosis, y LAFB. Presumiblemente, el bloqueo del ventrículo izquierdo intramural, junto con la HVI y LAFB, o ambos, producen fuerzas finales hacia la izquierda que anulan las fuerzas finales hacia la derecha tardías de la BRD. Por último, el bloqueo de rama mascarado puede estar asociada a enfermedad del sistema de conducción intraventricular severa y difusa del esqueleto cardiaco (Lev) en propectos o por mutación en el gen SCN5A afectando el

canal de Na⁺ de las fibras rápidas del sistema intraventricular de conducción conocido como enfermedad de Lenegre la cual se observa en personas de media edad. Esta enfermedad es un alelo del síndrome de Brugada, y del síndrome del QT largo tipo 3. Ambas se comportan en forma semejante (Lev/Lenegre) y pueden evolucionar para el bloqueo AV completo o total pudiendo requerir la implantación de marcapasos permanente, sobre todo si son sintomáticos. (6) En el primer mundo esta es la causa más frecuente de implante de marcapasos definitivo. En nuestro tercer mundo la causa más frecuente es la enfermedad de Chagas.

References

- 1. Richman JL, Wolff L. Left bundle branch block masquerading as right bundle branch block. *Am Heart J.* 1954 Mar; 47: 383-393.**
- 2. Schamroth L, Dekock J. The concept of 'masquerading' bundle-branch block. *S Afr Med J.* 1975 Mar 15; 49: 399-400.**
- 3. Rosenbaum MB, Elizari MV, Lazzari JO. Los hemibloqueos. Buenos Aires; Paidós 1968.**
- 4. Rosenbaum MB, Yesuron J, Lazzari JO, Elizari MV. Left anterior hemiblock obscuring the diagnosis of right bundle branch block. *Circulation.* 1973 Aug; 48: 298-303.**
- 5. Ortega-Carnicer J, Malillos M, Muñoz L, Rodríguez-García J. Left anterior hemiblock masking the diagnosis of right bundle branch block. *J Electrocardiol.* 1986 Jan; 19: 97-98.**
- 6. Kowey PR, Koslow M, Marinchak RA Masquerading Bundle-branch block – Electrophysiological correlation *J electrophysiol.* 1989; 3:156-159.**
- 7. Sclarovsky S, Lewin RF, Strasberg B, Agmon J. Left anterior hemiblock obscuring the diagnosis of right bundle branch block in acute myocardial infarction. *Circulation.* 1979 Jul; 60: 26-32.**