

Mujer de 23 años con BAVC congénito – 1999

Dr. Alfredo Pantano

Estimados colegas :

Les agradezco recibir sus opiniones acerca del siguiente caso

Paciente mujer de 23 años que en un examen ginecológico se detecta una bradicardia de 40 lpm por tal motivo es derivada al servicio de cardiología; en el interrogatorio desconoce tener algún problema cardíaco y niega antecedentes patológicos; simplemente relata tener algunas limitaciones en sus actividades físicas, por ej. agotarse fácilmente al realizar actividades deportivas y disnea a grandes esfuerzos. Evitando estas situaciones no tiene ninguna molestia

Al examen físico TA 140 / 80 pulso regular 40 lpm reto s/p

ECG BAVC R/ auricular Sinusal de 80 x' R/ ventricular 40 x'

QRS angosto

Ecocardiograma normal

RX de tórax normal

Laboratorio normal Chagas negativo

HOLTER BAVC Aurícula Sinusal y R / de escape con QRS angosto de 40 lpm

Prueba Ergométrica: Curva tensión normal durante toda la prueba presenta BAVC con R/ Auricular Sinusal que varia de 70 a 150 lpm. y R/ de escape Nodal que va de 40 lpm a 80 lpm al máximo esfuerzo con 600 Kgm cuando se suspende por agotamiento.

Comentario: interpreto que la etiología del BAVC es congénita, que los síntomas son leves y que tiene una adaptación psicofísica de su bradicardia limitando sus actividades, teniendo un ritmo de escape aceptable, considero que sería favorecida mejorando sus condiciones físicas con un MPD VDD

Dejo abierta la discusión en cuanto a la etiología, la secuencia de estudios diagnósticos y el tratamiento

Aprovecho para saludarlos y desearles felices fiestas

Dr. Alfredo Pantano

OPINIONES DE COLEGAS

Estimado colega:

Me llama bastante la atención el caso que presentas.

En primer lugar, me cuesta aceptar la etiología congénita hasta no agotar todas las otras posibilidades. Los BAVC congénitos, aunque en pocos casos pueden ser asintomáticos en periodo neonatal, generalmente provocan un cuadro de insuficiencia cardiaca en el recién nacido, que no podría haber pasado desapercibido, si bien pasada esta época son bien tolerados.

La mayoría de los bloqueos AV congénitos son secundarios a patología autoinmune de la madre (especialmente Lupus Eritematoso con Ac anti-Ro y anti-La positivos), cosa que se debería investigar.)

Un 25-35% de los casos están asociados a cardiopatía congénita. Dado que se trata de una paciente sin historia de cardiopatía, creo que deberíamos comprobar que no se trate de una Transposición Corregida (discordancia aurículo-ventricular asociada a discordancia ventrículo-arterial, es decir un ventrículo anatómicamente derecho situado a la izquierda, y viceversa).

Esta anomalía es la más frecuentemente asociada a BAVC congénito, y su presencia, hablaría a favor de este.

Otro punto importante es la asociación familiar de BAVC congénito observada ocasionalmente, por lo que sería interesante examinar a otros familiares.

Entre las causas no congénitas, creo que se debería descartar la destrucción granulomatosa del nodo AV y haces adyacentes (TBC, sarcoidosis, hemocromatosis.)

En cuanto al tratamiento, creo que esta paciente sería subsidiaria de un estudio electrofisiológico endocavitario para evaluar el tiempo de recuperación juncional o ventricular, lo que nos daría una aproximación al riesgo de muerte súbita existente, y por lo tanto, la necesidad de marcapasos (Am J Cardiol 1981, 48:1098).

Un efusivo saludo:

Lorenzo Jiménez

Unidad De Cardiología Pediátrica

Hospital De Terrassa (ESPAÑA)

El Dr. Alfredo Pantano de Córdoba (Argentina) presenta el caso de una mujer de 23 años que en forma ocasional se detecta bradicardia de 40 lat/min. Sin antecedentes pero con limitación para actividad deportiva y grandes esfuerzos por presentar disnea. ECG: Bloqueo auriculo ventricular completo (BAVC), ritmo auricular de 80 lat/min y ventricular de 40 lat/min con QRS angosto. Rx de tórax y Ecocardiograma normales. Ergometría con ascenso normal de TA y aumento de frecuencia auricular hasta 150 lat/min y ventricular hasta 80 lat/min.

Es cierto que la transposición corregida a la que hace mención el Dr Lorenzo Jiménez del Hospital de Terrassa (España), se asocia hasta en un 30% de los casos a bloqueo A-V, si bien no somos especialistas en Cardiología Pediátrica, en estos casos el ECG de superficie es descripto como muy sugestivo: normalmente la activación del séptum se realiza de izquierda a derecha y algo hacia anterior, lo que explica la onda R pequeña inicial en V1 y la Q pequeña en precordiales izquierdas. En la transposición corregida la activación septal ocurre de derecha a izquierda y puede ser algo posterior (o anterior) con lo que desaparece la R inicial en precordiales derechas, y aparece en su lugar una onda Q (por rotación o sobrecarga) y faltan las Q iniciales en D I, aVL y precordiales izquierdas; inclusive la presencia ocasional de R pequeña en V1 no evita la consistente ausencia de ondas Q en las derivaciones precordiales izquierdas; el eje además suele estar persistentemente desviado a la izquierda. La confirmación diagnóstica se hace con el ecocardiograma (Perloff , J. 1994. Reconocimiento clínico de las Cardiopatías Congénitas: Cap.5. 4ta.Ed. W. B. Saunders Co. Philadelphia, PA. USA). En esta paciente nos refieren ECG sin otra alteración que el BAVC y un Ecocardiograma normal.

En el BAVC congénito, también estamos de acuerdo con el Dr. Jiménez que los neonatos con esta patología sufren generalmente insuficiencia cardíaca, especialmente si se asocia el bloqueo a patología estructural (lo cual ocurre en 50% en el período prenatal y hasta 30% en el posnatal) lo cual aumenta en forma considerable la mortalidad (solo 14% de los casos en que se asocia el BAVC a cardiopatía estructural sobreviven al período neonatal) (Michaelsson M, y col.: Natural History of Congenital Complete Atrioventricular Block. PACE 1997; 20[Pt. II]:2098-2101) pero en el caso de ser un bloqueo aislado, es también cierto que el 85% al 90% sobreviven el período neonatal, y es probable que la selección natural de los casos menos severos (que no son detectados ni consultan en centros especializados) permitiría que nos encontremos con pacientes como la aquí presentada.

Los criterios clásicos para el implante de un MCP definitivo en el BAVC congénito, son:

- Presencia de síntomas.
- Frecuencia de menos de 40 lat/min (el criterio de la frecuencia depende de la edad)
- Intolerancia al ejercicio o insuficiencia cronotrópica
- Cardiomegalia o disfunción ventricular
- QT prolongado

- Escape con QRS ancho, y/o
- Arritmia ventricular compleja secundaria a la bradicardia

En la actualidad existen evidencias de que el implante de un marcapasos (MCP) en el paciente con BAVC congénito, inclusive asintomático podría disminuir la morbimortalidad, indicación clase II B según Task Force.

En este caso en particular, la paciente presenta FC límite de 40 lat/min, pero asocia disnea de esfuerzo y limitación al ejercicio, por lo que consideramos que es una indicación clase I A para implante de marcapasos.

Consideramos que el estudio electrofisiológico no aporta información de utilidad dado que ya conocemos el nivel del bloqueo, la evolución a largo plazo y los criterios para implante de marcapasos. La función sinusal puede ser evaluada durante la prueba ergométrica para definir la modalidad de estimulación, es decir, si necesita respuesta en frecuencia o no durante la estimulación cardíaca.

Dr. Fernando Scazuzzo – Dr. Félix Ayala Paredes