

Paciente masculino de 86 años que refiere cansancio al caminar – 2007

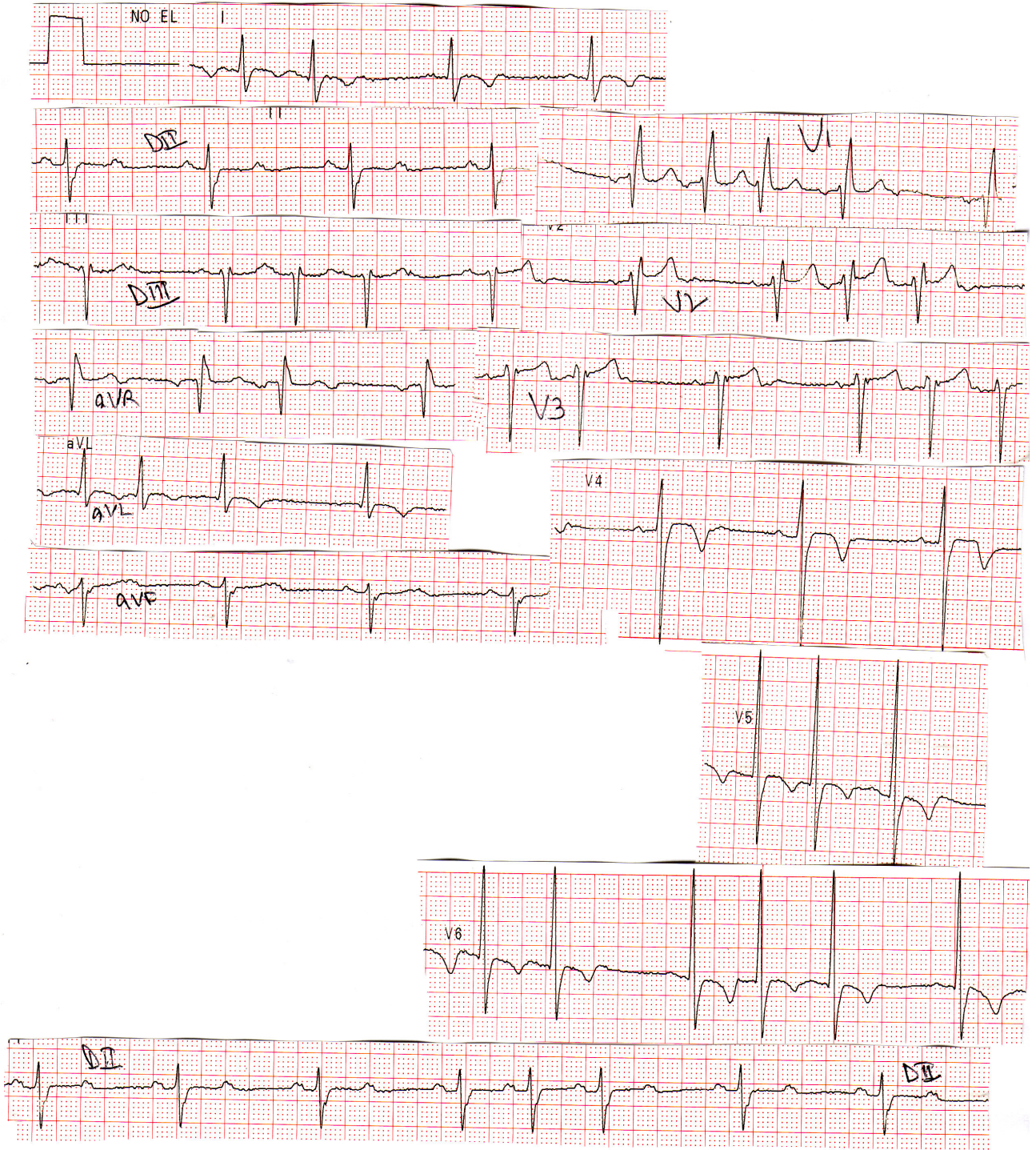
Dr. Ricardo Pizarro

Saludos estimados y respetados Profesores y Dres.: Andrés Ricardo Pérez Riera, Edgardo Schapachnik, Jorge González Zuelgaray y Organizadores y Participantes del Foro de Arritmias: Necesito de su ayuda para dilucidar este ECG. Este es un varón de 86 años, que acude hace unas 2 semanas a nuestro cuarto de urgencias por "sentir más cansancio al caminar desde hace 2 años"; dice que siempre ha sido sano, y que nunca ha tomado medicación ni ha sido hospitalizado.

Este trazo lo puedo considerar como: 1) Bloqueo AV de 2º tipo II con conducción 2:1 asociado a rachas o salvas de taquicardia S.V. (V1, DIII, V2, V3, V6 y DII largo) más BCRD + BDASI e isquemia supepicárdica lateral alta y baja?; ó 2) hay un ritmo sinusal de base, a una FC de 100 x min.y la ocurrencia de ondas P que no conducen, de manera intermitentemente irregular (¿bloqueo AV intermitente?) más BCRD + BDASI e isquemia subepicárdica lateral alta y baja?. ¿Esto último caería dentro de los trastornos considerados como enfermedad del nodo sinusal (SSS)?; y cuál sería el mejor tratamiento a ofrecerle a este paciente? Muchas gracias por su consideración y explicaciones.

Dr. Ricardo Pizarro B.

Pac. ♂ de 86a, Acude por sínto + cansancio al caminar desde hace 2 años.



OPINIONES DE COLEGAS

O nosso diagnóstico é:

- 1) Sobrecarga das câmaras esquerdas;
- 2) Bloqueio divisional ântero-superior do ramo esquerdo (BDASE);
- 3) Bloqueio completo de ramo direito (BCRD);
- 4) Bloqueio AV de segundo grau Mobitz tipo II intermitente;
- 5) Alterações primárias da repolarização ventricular anterior extensa e lateral alta (Ondas T coincidentes com a deflexão final lenta do BCRD).

No bloqueio AV de 2º grau Mobitz Tipo II o intervalo PR é fixo e a onda P subitamente não se conduz, isto é, não se observa o progressivo aumento na duração do intervalo PR como no Mobitz Tipo I de Wenckebach.

OS CRITÉRIOS ELETROCARDIOGRÁFICOS DO BLOQUEIO AV DE 2º GRAU MOBILZ TIPO II

- 1) Intervalo PR fixo ou constante: não existe, progressivo prolongamento do intervalo PR ocorrendo o bloqueio em forma súbita;
- 2) Duração do intervalo PR idêntico, antes e após a onda P bloqueada. Pode ou não ser prolongado (co-existir com bloqueio AV de 1º grau).
- 3) Complexos QRS alargados (ANCHOS em espanhol) com duração e morfologia de bloqueio de ramo em 65% das instâncias.
- 4) Complexos QRS subseqüentes ao bloqueio, com a mesma morfologia do complexo QRS precedente.
- 5) Na maioria dos casos este bloqueio é de localização Hisiana ou infra-hisiana.
- 6) Elevada probabilidade de evoluir para bloqueio AV total.
- 7) Clinicamente de apresentação usual crônica (tipo I usualmente agudo).
- 8) Distúrbio dromótopo de aparecimento súbito tipo “tudo ou nada” (o tipo I de Wenckebach é decremental).
- 9) O bloqueio piora com atropina, exercícios e catecolaminas (o tipo I melhora).
- 10) O bloqueio melhora com a massagem do seio carotídeo (o tipo I piora).
- 11) Bloqueio AV de segundo grau tipo II com QRS estreito representa a minoria dos casos: 35%.

Qual seria a nossa conduta neste caso? Eu faria de imediato um estudo hemodinâmico porque essa manifestação de cansaço e o próprio bloqueio intermitente está possivelmente indicando claudicação coronariana severa que eventualmente possa ser resolvida com angioplastia ou revascularização e assim o atual bloqueio desaparecer, e estamos conversados. Adicionalmente o cateterismo nos ajudara a saber como está o desempenho ventricular.

O implante de MP definitivo tem indicação classe I apenas nos pacientes sintomáticos. Com sintomas não atribuível a outras causas no Bloqueio tipo II com bloqueio bifascicular.

São indicação classe I para implante de MP definitivo:

- 1) Formas permanentes ou intermitentes com sintomas: ICC, síncope, Stoke-Adams, confusão mental que melhore com o transitório;
 - 2) Frequência cardíaca menor de 40bpm.
 - 3) Bloqueo AV pós-ablação.
 - 4) o associado a distrofia miotónica.
 - 1) Forma persistente intra ou infra-hissiana pós- IMA.
 - 2) Bloqueo AV associado a FA, flutter ou taquicardia atrial.
 - 3) Bloqueo AV congênito com ritmo de escape com QRS largo ou infra-hissiano.
 - 4) Bloqueo AV congênito com intolerância ao exercício.
- Aquele persistente após uma semana de cirurgia cardíaca.

Andrés R. Pérez Riera

Estimado colega, su paciente de 86 años presenta

- 1). Ritmo sinusal. frecuencia de 100 lpm
- 2) BAV 2º Mobitz II , a veces 2-1, otras 3-1 (es allí cuando Ud ve que hay varios latidos a 100 lpm, en esa circunstancias hay conducción AV 1:1 hasta que una onda P se bloquea)
- 3) BCRD+HAI
- 4) Agrandamiento AI y SVI, no hay isquemia, la alteración de la repolarización es secundaria a la HVI.
- 5) Sería conveniente que le implantara un MCP, por la alta incidencia de BAVC inminente.

Espero que el foro acuerde con estas apreciaciones. Un abrazo.

Dr. Pellizzón, Oscar.

Estimado Edgardo:

En el electrocardiograma enviado por el colega Pizarro se observan ondas T negativas simétricas, sin depresión (o mínima en algunos complejos) del ST, es decir, ondas T negativas primarias. Tales ondas, primarias, no dependen de la despolarización y, por tanto, indican isquemia subepicárdica casi de seguro por isquemia coronaria, por lo que el paciente referido, además de los bloqueos interauricular, intraventricular y A-V, tiene además isquemia subepicárdica en las áreas mencionadas. Tal definición de ondas T primarias y secundarias se hizo hace muchos, entre otros Sodi Pallares y colaboradores en México. (Sodi Pallares D, Bisteni A, Medrano G. Electrocardiografía y Vectocardiografía Deductivas. La Prensa Médica Mexicana. México. 1964. Pág 298).

Atentamente

Dr. Luis E. Castro Díaz.

Chitré, Herrera, Panamá.

Nunca es tarde para aprender pero humildemente nunca habia oido esa clasificacion del BRD desde el punto de vista electrocardiográfico y llevo 30 años como Cardiólogo.

Gracias

Joaquín Fernández Ortiz

Estimado y experiente Colega Joaquin Fernandez Ortiz: A pesar de su larga trayectoria de 30 años usted refiere que nunca habia oido hablar de esta clasificación. La misma cosa ocurre frecuentemente con mi persona todos los dias siendo y yo también tengo una larga

trayectoria. No es raro encontrar cosas nunca leídas o nuevas en la vida de un médico. Este es el atractivo, o "condimento" del aprendizaje: que siempre encontramos cosas nuevas. En biología las clasificaciones son una manera de organizar, categorizar, desarrollar, agrupar, cosas en listas, conjuntos, categorías o secuencias sobre la base de sus relaciones entre ellas elemento conocido como taxonomía (del Griego taxis que significa organización o división) y nomos (que significa ley). En otras palabras es la ciencia de la clasificación de acuerdo a un sistema pre-determinado con el objetivo de catalogar y brindar un esqueleto o estructura "framework" para discusión, análisis o información de recuperación del conocimiento. En teoría una buena taxonomía debe llevar en cuenta la importancia de separar los elementos de un grupo (taxon) en subgrupos (taxa) que son mutuamente exclusivos, no ambiguos y juntos incluyen todas las posibilidades. En la práctica una buena taxonomía debería ser simple, fácil de recordar y de usar. Eso es lo que yo intenté hacer con los bloqueos de la rama derecha situados después de la bifurcación del ramo es decir en la pared libre del VD.

Abrazo afectuoso

Andrés Pérez Riera.