

# ¿Bloqueo trifascicular? - 2009

Dr. Jesús Campuzano Chacon

Prezados colegas do foro de Arritmias: o DrAntonio Campuzano especialista em Urgências de Monterrey México tem me solicitado que externe a minha opinião acerca deste traçado.

Gostaria ouvir opiniões.

Andrés R. Pérez Riera

**De:**jesus antonio campuzano chacon [<mailto:tonoczno@hotmail.com>]

**Enviada em:**quinta-feira, 16 de abril de 2009 23:33

Saludos desde México

Estimado Dr. Ricardo

Soy Antonio Campuzano Urgenciólogo de Monterrey México.

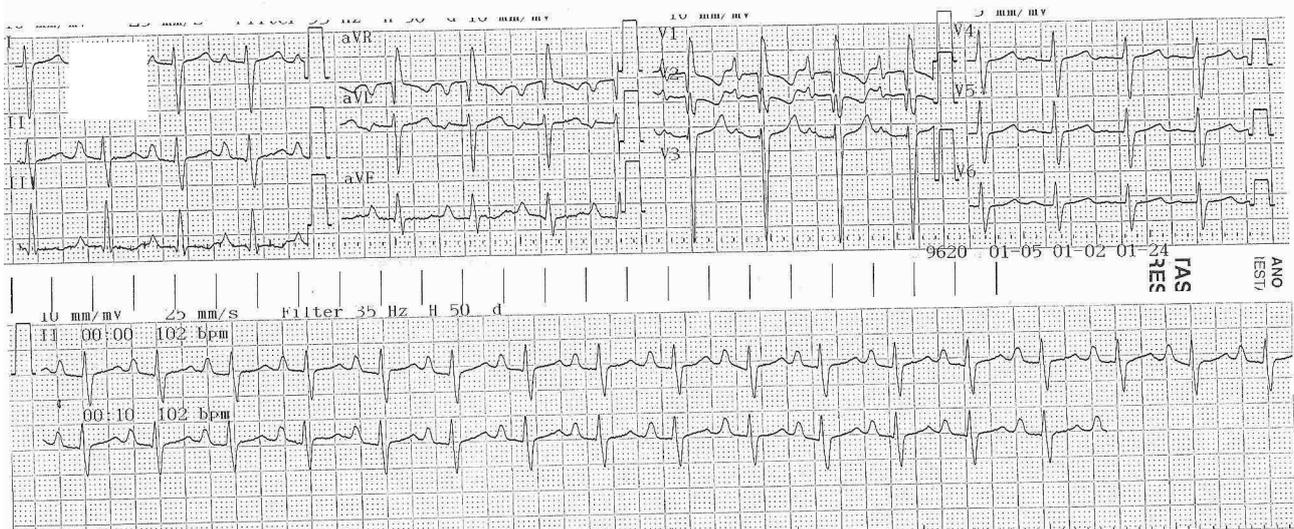
Hace tiempo me contacte con Ud en el gran Foro de Arritmias.

Le mando un EKG que llego a mi de forma incidental. Me gustaría su opinión, ya que según lo que yo alcanzo a dilucidar me parece un bloqueo trifascicular. Desgraciadamente del paciente solo queda el registro tomado hace algunos días, ya que el paciente fue ingresado al piso de dolencias respiratorias secundarias a EPOC y al parecer es portador de cor pulmonale secundario, y posteriormente egresado por "mejoria" por lo que ya no tenemos paciente.

Le envio el trazo,espero sea de interés y tenga el tiempo de mandarme su opinión.

Muchas gracias

Jesús Antonio Campuzano Chacon



## OPINIONES DE COLEGAS

Bloqueo completo de rama derecha

Bloqueo de fascículo posterior izquierdo

Bloqueo av de primer grado

Onda P pulmonar además de isodifásica en V1 con el componente derecho inicial mayor que el izquierdo lo cual es sugestivo de crecimiento auricular derecho

La onda S de V3 no llega a 25 para hablar de HV izquierdo

La r prima de V1 aunque llega a 7 mm en el bloqueo de rama derecha debe ser algo mayor para hablar de HV derecho por el electrocardiograma lo cual se aclararía con un ecocardiograma.

Saludos

Dr José Angel Valdés García

El trazado muestra una hipertrofia ventricular derecha severa, de las que acompañan habitualmente presiones suprasistémicas en VD, más signos de crecimiento biauricular.

Con respecto a los trastornos de conducción, tiene BAV de Primer Grado, más BCRD y HBA Izquierdo.

Desde el punto de vista del PR largo, con un trazado de superficie, no puede precisarse el sitio anatómico del retardo.

Generalmente cuanto mayor es el PR, menos posibilidades hay de que su localización sea infrahisiana (recordar que un HV mayor de 90 mseg. está en el límite superior de la conducción), en este caso sería el hemihaz posterior izquierdo.

Si bien es muy común la terminología de "Trifascicular" o "Trifascicular incompleto", por lo antes dicho, ésto sólo podría afirmarse con un electrograma hisiano. Con un ECG de superficie lo correcto sería decir Bloqueo Bifascicular más BAV de Primer Grado.

Perdon, donde dice HBAI debe leerse HBPI y viceversa. Es decir el diagnóstico es HVDerecha severa (q en V1 V2, el voltaje de S en V3 y las S persistentes hasta V6). BAV de Primer Grado, Bloqueo de Rama Derecha y el HBPI (que en presencia de una HVD de este grado, no puede afirmarse, ya que el primer diagnóstico para esta desviación del eje es la hipertrofia en sí. A favor del HBPI esta la presencia de BCRD asociado.

Pido nuevamente disculpas, pero puedo alegar el apuro en contestar, porque debo reconocer que en primer instancia el trazado parece "pan comido si se me permite la licencia.

Jose Luis Suarez

---

Amigos

Concuerdo con el Dr Valdes García en:

1. BCRD
2. Bloqueo AV de 1 grado
3. Crecimiento auricular derecho.

No concuerdo en:

1. Bloqueo Fascicular Posterior Izquierdo

Razon: el LPFB (Left Posterior Fascicular Block) es un diagnóstico eléctrico de descarte, quiero decir, que luego de eliminadas todas las posibilidades clínicas de aumento de la presión en cavidades derechas (Embolia Pulmonar, ICC, HTP primaria, Fibrosis Pulmonar, COPD, Etc) entonces si, la onda R en DIII > que en DII, es sugestiva de LPFB.

En este caso la clínica del paciente, más la obvia evidencia de aumento de presión en cavidades derechas en el ECG hacen muy difícil el diagnostico de LPFB.

Saludos

Adrián Batranchuk

---

Estimados Dr.

Aunque nos falta algunos datos del paciente como la edad. Existe bloqueo AV de primer grado, con imagen de bloqueo de rama derecha (incompleto), con severa sobrecarga depresión de cavidades derechas. Compatible con patología congénita del tipo de la comunicación interauricular.

Gracias

Adios

Javier Solis Ortiz

---

Estimado doctor: no creo que se trate de un trifascicular. Tiene un BCRDHH, pero **no tiene todavía el hemibloqueo posterior izquierdo.**

Alberto A Navarro

---

Una pequeña aclaración

La onda T negativa y asimétrica de V1 V2 pudiera estar en relación con sobrecarga de VD y quizás hasta con hipertrofia...

NO Obstante la R de V1 debiera ser por lo menos mayor de 10 mm

La P no parece cumplir criterio de duración para CA izquierda

El eje cardíaco al parecer está alrededor de +120 grados o quizás más...De ahí que en DIII se vea la mayor deflexión positiva de esta trazado junto con retraso de la conducción intraventricular e imagen de RS en DI y aVL...REFUERZAN La posibilidad de bloqueo de fascículo posterior

Saludos

Dr José Angel Valdés García

Estimado Adrian:

Conuerdo, como habrás visto en mi mail (el segundo, aclaratorio), en que el diagnóstico de HBPI en presencia de severa HVD es descartado, si bien es lícito el diagnóstico diferencial, porque un elemento a favor de HBPI es cuando la desviación del eje se asocia a BCRD.

En casos de esta HVD también se asocia el BCRD, por lo que también descartaría el HBPI. Creo que hay elementos de Crecimiento Auricular Izquierdo como la morfología bimodal, el componente negativo en V1 y la presencia de ondas P claramente visibles en las precordiales izquierdas, por supuesto además de la A.D que no deja lugar a dudas.

Estimado Colega:

El criterio de duración de la onda P, no es el único y por otra parte, en un caso discutido recientemente, vimos una aurícula grande por eco, con criterios morfológicos en el ECG, pero duración normal de la onda P.

La HVD se diagnostica por la onda q en V1,V2; la magnitud de las fuerzas en el cuadrante posterior derecho (S en V3) y la presencia de complejos prácticamente isodifásicos en V5-V6 que sugieren que la mitad final del QRS están a la derecha.

Coincido además con el profe Baranchuk que el diagnóstico de HBPI es un diagnóstico de descarte.

Atentamente

Jose Luis Suarez

Professores Andres, Adrian e demais estimados e respeitados colegas do Forum  
Sigo a opinião do Prof. Adrian e lavro com a novilha do Prof. Andres (Bloqueio  
Trifascicular - Nova Biblioteca de Imagen do Forum) faltam para Bloqueio Fascicular  
Posterior Esquerdo:

1. VAT > 50 ms

2. Notch na rama descendente final de DIII

Apenas tem R em DIII > R em DII

Por isto não concordo com BFPE

Abraços a todos

Adail Paixao Almeida – Bahia, Brasil

---

¿Estamos interpretando un trazado, no?

El trazado no tiene criterio de CAI...YO Hago eco e hice medicina nuclear mucho tiempo...

El criterio morfológico...ES Un criterio y el de duración es otro...AHORA Si de especular se trata..PODRÍAMOS Decir...MUCHAS Cosas....PERO Lo más lógico...ES Interpretar el trazo...¿NO Te parece colega?...Y Si el HBPI es un diagnóstico de descarte...YO Prefiero pensar en él a obviarlo...DE Todas formas para saber en realidad lo que tiene este paciente hay que hacer un estudio electrofisiológico...Y Un ecocardiograma como mínimo.

Dr José Angel Valdés García...

Amigos

¡Qué apasionados somos los latinos!

No tenemos necesariamente que estar de acuerdo en todo.

Yo por ejemplo, soy hincha de Chacarita Juniors, sin embargo, me sentaría con el Profe Schapachnik a comer una muzza con faina, a pesar de ser hincha de Boca, y no lo agrediria cuando me dijera que esta de acuerdo con Riquelme en renunciar a la seleccion...

Tampoco necesitaria mostrarle mi chapa de futbolero (con mucha más experiencia que el, por supuesto), el dialogo seria abierto y fluido.

Creo que podemos mantener esta filosofía en el foro, donde cada quien da su parecer, se concuerda en algo, se disiente en lo otro, y se aprende de todos.

Yo, particularmente, no le haria un estudio electrofisiológico a esta paciente. ¿Qué me va a decir que ya no sepa? Que el HV esta medianamente prolongado, digamos en 70-75...

Si la paciente tuviera síncope y la función ventricular fuera normal, recibiria un marcapasos de cualquier modo. Y si es asintomática, no me interesa saber el HV, ya que no le pondría un MP.

No creo que para saber en realidad qué tiene esta paciente se necesite un estudio electrofisiológico. Y tampoco creo que para sostener una discusión sobre fútbol, se haya tenido que jugar al fútbol mucho tiempo...

Los saludo desde el refractario frio canadiense

Adrián Baranchuk

Estamos interpretando un trazado y está claro que la duración es solo uno de los criterios de crecimiento auricular. De todos modos creo que nadie dudaría que lo más lógico para zanjar algunas discusiones es un Eco que en cuestiones anatómicas es superior al ECG.

El EEF entiendo que es una sugerencia académica, porque en un paciente sin síncope o síntomas relacionados carece de indicación clínica.

Jose Luis Suarez