

# ¿Implantar o no marcapasos definitivo? - 2014

Álvaro Sanchez Alcalá

Estimados Dres.

Me gustaría recibir sus consejos sobre el siguiente caso.

El paciente es un hombre de 84 años de edad, aproximadamente 75 kg de peso 1,70 m de estatura y que desde hace un tiempo presenta según sus propias palabras "sensación de mareo o embotamiento" que localiza sobre todo a nivel frontal. A la exploración no se percibe nistagmus, prueba de Romberg negativa.

En la última analítica realizada destaca cifras de glucosa 119 mg/dl. hematimetría normal, enzimas hepáticas normales, hormonas tiroideas normales, ionograma normal. A la auscultación es rítmico sin ruidos sobreañadidos a nivel cardíaco, murmullo vesicular conservado sin roncus, sibilancias ni crepitantes a la auscultación pulmonar.

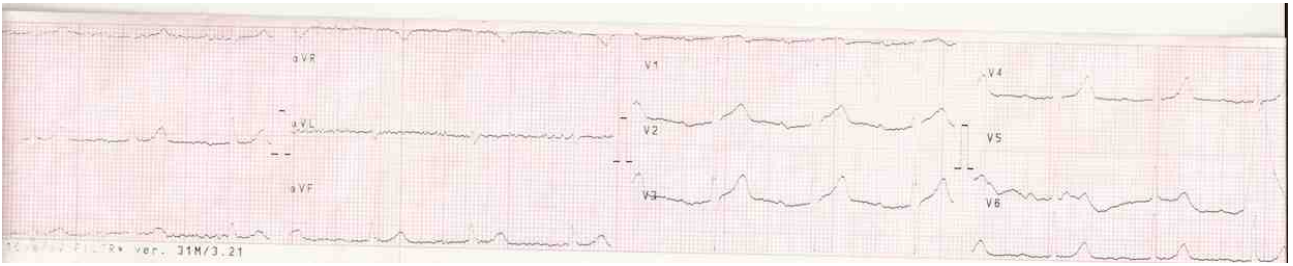
En un ECG realizado hace 6 - 7 meses (Diciembre 2013) a raíz de una caída, consecuencia de la cual sufre cuadro de mareo sin pérdida completa de la conciencia, se descubre BAV de 1º con un P\_R de 280 ms, sin otros hallazgos relevantes, desafortunadamente no dispongo del ECG.

Visto por el cardiólogo de zona se le realiza un Holter el cual tampoco puedo ofrecerles, pero que informa de presencia de BAV de 1º con descenso de la frecuencia cardíaca en fase nocturna y buena respuesta ante el ejercicio, por lo que decide actitud expectante y revisión a los 6 meses. Durante este periodo de tiempo ha tenido alguna sensación de "mareo" en varias ocasiones, son los ECG y tiras de ritmo que adjunto, en las cuales se puede apreciar un BAV2º Mobitz 2, en el 2º ECG de Junio de 2014, según mi parecer y el de la cardióloga que lo ha visto en esta ocasión. En vistas de este hallazgo la cardióloga propone implatación de marcapasos definitivo.

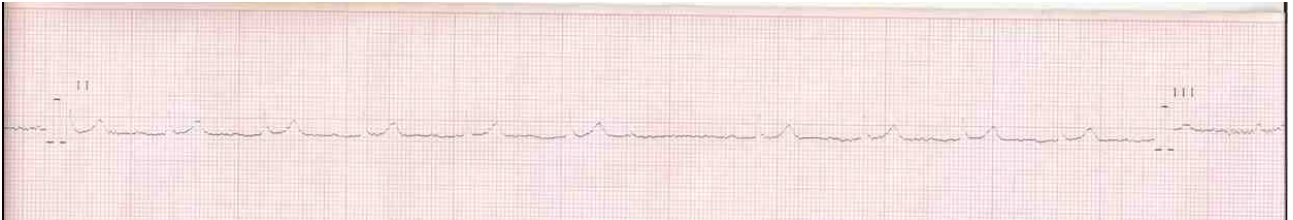
El problema surge cuando el paciente me dice "yo no estoy tan mal como para ponerme un marcapasos, prefiero esperar". Como comprenderán mi parecer no puede ser para nada objetivo y mi experiencia, repito no soy cardiólogo es muy limitada, es por ello que pido sus consejos.

Desde ya muchas gracias a todos.  
Atentamente. Álvaro Sánchez

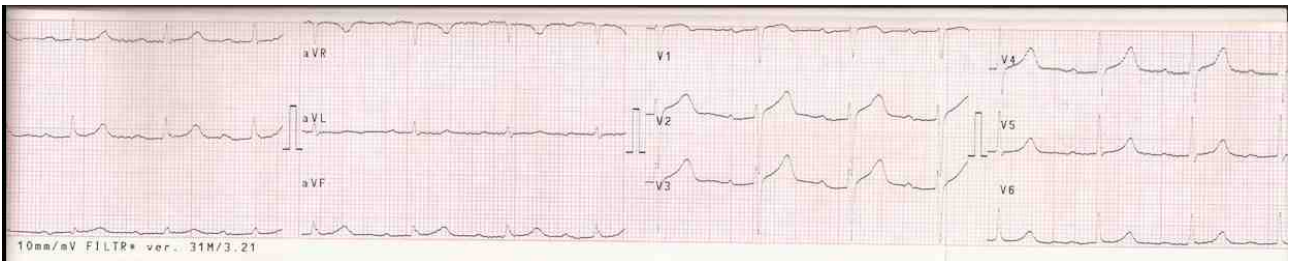
P.D. Soy un fiel seguidor del foro desde hace muchos años y aprendo con ustedes todos los días. Gracias por ello.



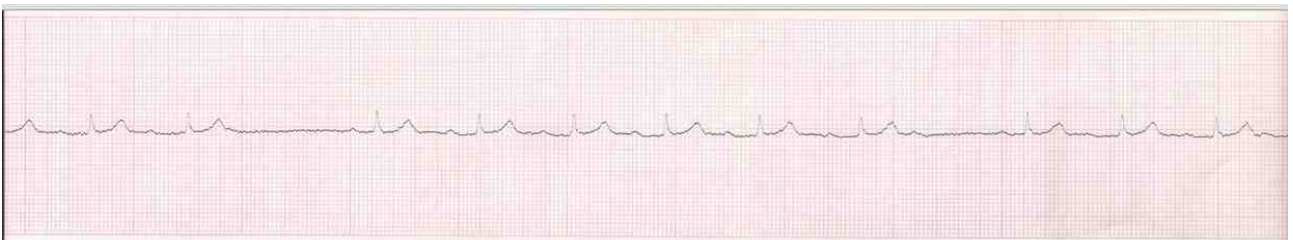
ECG 3 marzo 2014



Tira de ritmo 3 de marzo 2014



ECG 22 de junio 2014



Tira de ritmo 22 de junio 2014

## OPINIONES DE COLEGAS

Mi breve comentario, como siempre, es que es un bloqueo AV de 2º Mobitz 1. Esto, junto a la clínica (no ha presentado un síncope claro) y a que es reacio a colocar un marcapaso, puede esperar, no se morirá de esto.

Mis colegas foristas seguramente te harán una disquisición fisiopatológica del caso.

*Miquel Fiol Sala, MD, PhD*

---

Hola Dr. Sanchez, coincido con el Dr. Miguel que se trata de un BAV de segundo grado Mobitz 1.

Se observa claramente el fenómeno de Wenchebach con una leve prolongación de PR en el latido previo a la P no conducida. No se puede evidenciar perioricidad pero impresiona variable, en la mayoría de los casos no presenta aberrancia de la conducción, por lo que se puede suponer el que el origen del mismo es infrahisiano.

¿Se encuentra medicado con beta bloqueantes o bloqueantes cálcicos (diltiazem o verapamilo), o padece glaucoma y está medicado con timolol? ¿no ha referido si se encuentra tomando algún medicamento?

Le adjunto las indicaciones del ACC y su paciente que se encuentra asintomático, no presenta actualmente indicación de marcapasos definitivo, podría complementar con ergometría y holter para evidenciar el comportamiento del mismo en el ejercicio y su actividad diaria y con el holter observar si los síntomas se encuentran o no asociados con pausas prolongadas.

Desconozco si su paciente presenta cardiopatía estructural, y si presenta calcificación del anillo valvular aórtico y mitral.

Por lo referido coincido con el Dr. Miguel de seguimiento y valoración de síntomas y ECG en el seguimiento.

Sería interesante conocer la opinión del Dr. Chiale al respecto

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

## **Indicaciones de marcapasos en pacientes asintomáticos (ACC/AHA)**

Clase I:

Bloqueo AV de tercer grado con asistolia de tres o más segundos o ritmo ventricular de escape a menos de 40 lpm estando despierto.

Bloqueo AV de tercero o segundo grado tipo Mobitz II con bloqueo bifascicular o bloqueo de rama alternante.

Bloqueo AV de tercer grado congénito con ritmo de escape QRS ancho o disfunción ventricular izquierda o bradicardia marcada inapropiada para la edad.

Clase II:

Bloqueo AV de tercer grado con ritmo ventricular de escape a más de 40 lpm estando despierto.

Bloqueo AV de segundo grado tipo Mobitz II sin bloqueo bi o trifascicular.

Hallazgo accidental en EEF de bloqueo intra o infrahisiano o HV igual o mayor de 100 ms.

Dr. Martín Ibarrola

---

Muchas gracias, por sus comentarios.

El paciente no toma ningún betabloqueante, ni bloqueantes de los canales del calcio ni ninguna otra medicación salvo AINES y Duodart un medicamento para la hipertrofia benigna de próstata que contiene tamsulosina y dutasterida y no tiene cardiopatía estructural conocida.

Muchas gracias de nuevo.

Álvaro Sánchez Alcalá

---

Caro Álvaro

Repetiria el HOLTER. Hay avanza en bloqueio de primer grado para de segundo grado. Hay que temer cuidado con AINE. Non lhe pongo marca-passo sin un nervo IHOLTER.

Adail Paixao Almeida

Gracias por su respuesta, tengo mis dudas si los síntomas no son provocados por la tamsulosina.

Revisaría su indicación y si es posible el urólogo rote las misma y evaluar si presenta mejoría de los síntomas

La tamsulosina es un antagonista selectivo del receptor alfa 1 con mayor selectividad para el receptor alfa 1a el cual está principalmente a nivel de la próstata.

Los efectos secundarios de los bloqueadores Alfa-1, incluyen **hipotensión ortostática, mareos**, fatiga y jaquecas.

Hasta un 11% de los enfermos han discontinuado el tratamiento debido a los efectos secundarios en los estudios de corta duración. Los alfa-bloqueadores no selectivos no se recomiendan debido a una mayor incidencia de efectos secundarios.

La dutasterina no presenta estos efectos colaterales, solamente dificultad para erección y eyaculación ya que su mecanismo de acción es diferente.

No comprendo la indicación de AINES. No tiene indicación de acido acetil salicilico para prevencion de ACV ni IAM.

Si ingiere otros tipo de AINE, la tamsulosina se une mayormente a las proteínas plasmáticas, observaría si el AINE que ingiere puede desplazarla a esta unión y aumentar sus niveles libres plasmáticos, como ser el diclofenac que incrementa sus valores en sangre por interferir con la excreción renal de la tamsulosina.

Al igual que por la edad la mayor parte de la droga se elimina como principio activo en orina, en pacientes añosos con disminución de la funcionabilidad renal puede aumentar la concentración en sangre de la droga, y la asociación con AINES probablemente disminuya la excreción de la misma como ya le expresé.

Un saludo

Martín Ibarrola

---

Hola Alvaro: humildemente mi experiencia ha sido tomar la decisión de indicar o no marcapasos, después de realizar nuevo holter, y evaluar fehacientemente tolerancia al ejercicio, y FC en reposo.

Asi tambien cantidad de pausas >a 2,5 seg. De todas formas en este foro hay mentes mucho más brillantes que la mia.

Un abrazo.

María de los Angeles Nannini

---

La indicación de los AINES, fundamentalmente ibuprofeno, no toma ácido acetil salicílico, es por una coxaartrosis que junto con su hipertrofia prostática es la única patología que presenta. Lleva una vida muy activa y salvo esos "mareos" esporádicos se encuentra muy bien.

Muy agradecido a todos por sus comentarios, mañana volveré a hablar con su cardióloga, para revisar el ECG y el dco. ya que visto en el el ordenador, concuerdo con ustedes que se trata de un BAV 2º Mobitz 1.

Seguiré manteniéndoles informados.

Gracias de nuevo.

Álvaro Sánchez Alcalá

---

Hola Dr. Sánchez, Miguel y Martín: creo que no hay muchas dudas acerca de que el paciente tiene un trastorno de conducción nodal AV. Hay una tira en la cual se advierte un bloqueo Mobitz I, sin cambios en la frecuencia auricular.

Este tipo de bloqueo raramente evoluciona hacia el BAV completo, pero puede ocasionar síntomas y en tal caso debe indicarse el marcapasos.

Quiero señalar un hecho interesante: en la tira de ritmo inferior hay dos ondas P bloqueadas que se adelantan ligeramente y se acompañan con pausas prolongadas de alrededor de 1700-1800 mseg la mayor, si no vi mal.

Existe justamente una circunstancia que a veces nos obliga a colocar un marcapasos por síntomas debidos a baja frecuencia generada por extrasístoles auriculares frecuentes o bigeminadas.

Pensemos qué sucede si un paciente tiene una FC de 60x' y le aparece una extrasistolia auricular bigeminada bloqueada? su frecuencia pasa a la mitad y se vuelve sintomático.

Lo racional sería eliminar las extrasístoles auriculares pero nos encontramos con el inconveniente del probable agravamiento del bloqueo AV. En pacientes sin compromiso del sistema de conducción hemos podido suprimir síntomas derivados de la bradiarritmia inducida por latidos auriculares prematuros con antiarrítmicos. En otros casos no hubo más remedio que apelar al marcapasos.

Ya Martín comentó acerca de una enf. de Lev y la búsqueda de calcio en los anillos valvulares. En casos por cierto muy infrecuentes hemos visto prolongación del tiempo de conducción nodal y trastornos de conducción en el haz de His.

En este paciente trataría de realizar una monitorización ECG prolongada y una buena correlación entre síntomas y ritmo cardíaco para luego decidir la conducta.  
Un abrazo

Pablo A Chiale (QEPD)

---

Quiero agradecerles a todos sus comentarios. Que para mi han sido de un valor incalculable, creo que lo dije en mi primer mensaje, pero si no es así lo hago ahora, el paciente es mi padre por lo que no me era posible mantener la objetividad, ni tan siquiera me permitió un análisis detallado, por ello a todos ustedes un millón de gracias.

Hoy he hablado de nuevo con su cardióloga y tras un análisis más minucioso hemos decido no implantarle el marcapasos y realizarle un nuevo Holter transcurridos 3 meses y en base a sus resultados estableceremos las medidas adecuadas.



Gracias de nuevo a todos.

Atentamente. Álvaro Sánchez Alcalá

---

¿Y por qué no hacer un estudio electrofisiológico, no sea que en el próximo mareo se caiga y fracture la cadera, y esa si puede ser causa de mala evolución en el anciano, tiene 84 años

Carlos Enrique Mendoza Aguilar

---

Hola a todos:

Coincidiendo con lo que dice el Prof. Chiale quiero comentar una experiencia personal en este tipo de pacientes de, casi, la 4º Edad y saber si algo de esto les ha pasado a alguno de Uds.

Durante una bradicardización marcada en horas nocturnas, durante el sueño, algunos pacientes refieren sueños vívidos o bien, sus familiares informan que los pacientes “duermen mal”. Esto desaparece tras colocación de Marcapasos, al igual que mejoran “las energías” del paciente durante la vigilia (interpreto, por haber descansado bien durante la noche).

Obviamente, esto lo comencé a interrogar sistemáticamente, luego de que un paciente me lo refiriese en forma espontánea. Mi lista no es muy grande, son sólo una docena; pero

créanme que fue algo que me llamó la atención porque tiene cierta razonabilidad y explicación fisiopatológica.

Desde ya aclaro que nunca he indicado un marcapasos porque el paciente tuviera pesadillas, sólo lo comento para saber si alguien observó algo así.

Saludos:

Néstor Gorini

---

Gracias Néstor por el dato; debe formar parte del interrogatorio habitual del paciente con bradiarritmias...

Un abrazo

Pablo A Chiale (QEPD)

---

Caro Dr. Gorini

Boa e precedente observação, tenho visto em isto outros campos com relatos similares que são os cardiopatas em IC nas descompensações, asmáticos, dpoc, apneia do sono ou transtornos com deficit de oxigenação e até como sintoma de alerta inicial.

Abraços

Adail Paixao Almeida

Querido Néstor:

Mi aporte minúsculo será una anécdota de 1970.

Más precisamente entre mayo y julio, ya que el 1º de mayo comenzaba mi rotación por cardiología como residente de segundo año de clínica médica.

En ese entonces era IMPOSIBLE disponer de marcapasos definitivo excepto que el paciente pudiera comprarlo, que para nada era el caso que estoy relatando.

Esta situación había determinado que el grupo de residentes estuviéramos divididos entre quienes consideraban que no había nada que hacer, que no había que colocar un marcapasos transitorio ya que ello carecía de sentido y que quienes procedían así no eran responsables de la realidad sanitaria.

Otro grupo opinábamos que había que implantarlo y dar la pelea en los estrados administrativos para intentar conseguir un estimulador.

Una noche que estaba de guardia, ingresa un paciente con un BAVC y crisis de Adams Stokes. Mi residente superior con quién compartía la guardia pertenecía al primer grupo de opinión y me dijo: "si vos querés ponerle un transitorio, es responsabilidad tuya y tenés que resolverlo solo"

Por lo tanto, comencé a colocar un marcapasos transitorio, que los viejos recordarán, ya que se carecía de tecnología, lo hacíamos a ciegas a través de una canalización venosa en antebrazo intentando registrar ondas electrocardiográficas de AD y de VD; teníamos bastante expertise en ello.

Pero en este caso, el procedimiento se daba en momentos que en el ECG aparecían pausas muy proloooooongaaaaaaaadas; por suerte el paciente recuperaba un ritmo de escape con lo que retornaba la conciencia.

Y entonces relataba, y este es el motivo de comentario y del recuerdo que motivó el relato de Néstor, un sueño reiterado que coincidía con la asistolia:

**".... sueño que todos ingresaban a la fábrica y que yo no podía; hacía esfuerzos pero me quedaba en el mismo lugar porque nada de mí respondía"** y entonces despertaba.

Desde esta anécdota me permito afirmar, sin otra evidencia que esta vivencia de un médico de 25 años, que la observación de Néstor es absolutamente pertinente.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

---

Mi experiencia es diferente:

Pacientes con bradyarrhythmias nocturnas duermen muy bien..... las pesadillas son mas de el medico.

Después de implantar el marcapazso el que duerme mejor es el médico.

Sami Viskin

---

También es verdad. LOL

Néstor Gorini