

Paciente asintomático con bloqueo auriculoventricular completo

Asymtomatic patient with complete auriculoventricular heart block

Sintomarik gabeko pazientea blokeo aurikulobentrikular osoarekin

I. Tobalina-Larrea

Centro de Salud La Habana. Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz. España. UE.

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de paciente asintomático con bloqueo auriculoventricular de tercer grado con ritmo de escape en nodo auriculoventricular o en región proximal del haz de His. Fue diagnosticado al detectarse bradicardia en una revisión programada por hipertensión. El paciente estaba asintomático, fue derivado al hospital y se le implantó un marcapasos definitivo. Se analiza el electrocardiograma del caso clínico, las causas más frecuentes de bloqueo auriculoventricular completo y sus formas de presentación. Palabras clave: Hipertensión. Bloqueo auriculoventricular. Arritmia.

SUMMARY

Clinical case of asymptomatic patient with complete auriculoventricular heart block with pace of leak in node auriculoventricular or region proximal of His's bundle is presented. It was diagnosed when detected a bradycardia in programmed review of hypertension. The patient was asymptomatic, he was derived to the hospital and it was implanted a definitive pacemaker. There is analyzed the electrocardiogram of the clinical case, the most frequent reasons of complete auriculoventricular heart block and his forms of presentation. Key words: Hypertension. Auriculoventricular block. Arrhythmia.

LABURPENA

Kasu honetan pazienteak hirugarren mailako blokeo aurikulobentrikularra du, ihes erritmoarekin nodo aurikulobentrikularrean edo His balaren inguruan. Hipertentsioagatik programatutako azterketa batean brakikardia hauteman ondoren diagnostikatu zitzaion pazienteari. Berak ez zuen sintomarik. Ospitalera eraman zuten eta behin betiko pausu-markagailua jarri zioten. Kasu klinikoaren elektrokardiograma, blokeo aurikulobentrikular osoaren ohiko kausak eta agertzeko moduak aztertzen dira. Hitz gakoak: Hipertentsioa. Blokeo aurikulobentrikularra. Arritmia.

Correspondencia:
I. Tobalina-Larrea
Centro de Salud La Habana
C/ San Martín 62. 01130. Murgia. Álava. Euskadi. España UE.
Teléfono: 945 430 050 – 625 700 287
Correo electrónico: amendizabala@aehh.org
Enviado: 05/03/07 Aceptado: 25/02/08

Fig. 1.- Bloqueo auriculoventricular completo con QRS estrecho.

Caso clínico

Varón de 76 años con antecedentes de obesidad, hiperuricemia, hiperostosis idiopática difusa, edemas en extremidades inferiores secundarios a tratamiento con calcioantagonistas, tos por IECA, hemibloqueo anterior de la rama izquierda del haz de His (HBARIHH) e hipertensión arterial en tratamiento con ARA II (candesartán 16 mg). No presenta otros antecedentes de interés y tiene buena calidad de vida. Acude a revisión programada según protocolo de hipertensión detectándose un pulso arterial de 38 lat/min. El paciente estaba asintomático, en la exploración destacaba una tensión arterial de 150/80 mmHg, bradicardia y un soplo sistólico en foco aórtico grado I/VI. El electrocardiograma (ECG) mostraba un bloqueo auriculoventricular (BAV) completo con QRS estrecho y hemibloqueo de la subdivisión anterior (**figura 1**). El paciente fue remitido al hospital, la analítica y radiografía de tórax fueron normales y fue dado de alta tras la implantación de un marcapasos definitivo VDD (1,2).

Descripción del ECG

El ECG muestra un BAV completo con presencia de ondas P a una frecuencia normal (80 lat/min), actividad ventricular independiente de QRS estrecho (< 0.12 seg) a una frecuencia de 38 lat/min y con imagen de HBARIHH. La morfología del QRS nos orienta hacia un ritmo de escape del nodo auriculoventricular o de la región proximal del haz de His antes de que se bifurque.

Discusión

El diagnóstico es de BAV de tercer grado o completo. En esta entidad existe una interrupción completa de la conducción entre aurículas y ventrículos que se muestra en el ECG con la presencia de ondas P a frecuencia normal, y complejos QRS a una frecuencia inferior e independientes de la

actividad sinusal. El QRS en el bloqueo completo puede ser estrecho o ancho, lo que nos orienta a que el ritmo de escape sea supra o infrahisiano, respectivamente (3).

La etiología de este cuadro es variable: como el origen farmacológico (beta bloqueantes, verapamilo, diltiazem, digital, etc.), la cardiopatía isquémica, trastornos metabólicos, degeneración idiopática del sistema de conducción, conectivopatías, enfermedades infiltrativas, infecciosas, etc. 4 Cuando las causas de bloqueo cardíaco completo no sean reversibles, está indicado un marcapasos permanente (1,2).

La clínica habitual del BAV completo es debida a síntomas de bajo gasto cardíaco como mareo, disnea, presíncope, síncope, angina e insuficiencia cardíaca. Hay que destacar que el paciente estuviese asintomático, realizando su actividad física habitual, lo cual se puede explicar por la existencia de un ritmo de escape en nodo AV o zona proximal del haz de His cuyo automatismo permite una frecuencia de escape superior (40-60 lat/min) al de origen infrahisiano (habitualmente frecuencia inferior a 40 lat/min) (4).

Bibliografía

1. Gregoratas G, Abrams J, Epstein AE, Freedman RA, Hayes DL, Hlatky MA, et al. ACC/AHA/NASPE 2002 guidelines for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article. *Circulation*. 2002; 106: 2145-61
2. Oter R, De Juan J, Roldan T, Bardají A, Molinero E. Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en marcapasos. *Rev Esp Cardiol*. 2000; 53: 947-66.
3. Josephson ME, Zimetbaum P. En: Principios de Medicina Interna. Harrison 16ª edición. Bradiarritmias: disfunción del nódulo sinusal alteraciones de la conducción auriculoventricular. 2005: 1477-1486.
4. Mont L, Brugada J. En: Medicina Interna. Farreras-Rozman 14ª edición. Arritmias cardíacas. 2000: 595-598.