



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

204/211 - Límite 130. Angor asociado a bloqueo de rama izquierda frecuencia-dependiente

A. Fernández Pérez^a, M.M. San Emeterio Barragán^a y G.L. Valdés Martín^b

^aMédico de Familia. SUAP Agüera. Castro Urdiales. ^bEnfermero. CAD Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años, fumador de 40 paquetes/año, HTA leve, bebedor de 24 g/día alcohol. ERGE. Valorado en Cardiología por dolor torácico, complejos ventriculares prematuros y repolarización precoz. Con ecocardiograma normal. No tratamiento habitual. Consulta por episodios de dolor retroesternal opresivo, desde hace tres días, menores de 5 minutos de duración, sin cortejo vegetativo, en relación con esfuerzos moderados-leves, que desaparecía en reposo. Asocia palpitaciones epigástricas.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/70 FC 65 ACP: normal. Abdomen normal. EEII sin edemas, pulsos pedios positivos. Analítica: hemograma y bioquímica normales. Dímero D normal. H. tiroideas normales. Seriación de enzimas no elevada. ECG: ritmo sinusal. PR normal. QRS 0,10 Eje positivo. Patrón de repolarización precoz. Ergometría: positiva con aparición de angina y BRI completo a partir de una frecuencia de 130. Normaliza por debajo de 105. Gammagrafía de perfusión: Isquemia reversible del septo, inducida por el ejercicio. Coronariografía: sin lesión angiográfica significativa. VI normal.

Juicio clínico: Cardiopatía isquémica. Angina de esfuerzo. Bloqueo de rama izquierda frecuencia-dependiente.

Diagnóstico diferencial: BRI doloroso. IAM anteroseptal. TEP. Pericarditis o miocarditis aguda.

Comentario final: El bloqueo de rama derecha (BRD) inducido por el esfuerzo implica, en un alto porcentaje de casos, la presencia de enfermedad coronaria, pero el significado de un bloqueo de rama izquierda (BCRI E-I) dependiente de frecuencia es más controvertido. Ocurre en el 0,5% de las ergometrías. En estudio clásico, Grady y colaboradores, demostraron que el BCRI E-I es un predictor independiente de eventos cardíacos mayores, así como de muerte. Se denomina BRI doloroso a la presencia de dolor torácico, BRI y ausencia de enfermedad coronaria subyacente. Destacamos la importancia de la sospecha clínica de esta entidad en la que los episodios de dolor se deben a la aparición de BRI y no a una situación de isquemia miocárdica por afectación de la macrocirculación coronaria, requiriendo, por lo tanto, un distinto planteamiento terapéutico. Estos pacientes son relativamente más jóvenes y presentan dolor torácico brusco durante el esfuerzo, coincidiendo con el primer latido con BRI, que no se acompaña de síntomas vegetativos y que no obliga a detener el ejercicio, en los que no se demuestra enfermedad coronaria. El pronóstico de estos pacientes es muy favorable comparado con el de los pacientes con BRI-FCd y enfermedad coronaria, ya que en éstos, la enfermedad coronaria suele ser muy severa y la mortalidad elevada. Aunque no existe enfermedad coronaria de base, conviene realizar un seguimiento periódico de estos pacientes por la posibilidad de evolución a BRI-P y, excepcionalmente, a formas más evolucionadas de bloqueo AV.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez L, Costa JR. Bloqueo de rama dependiente de frecuencia y trayecto coronario intramiocárdico: otras causas de dolor torácico. Revista Clínica Española. 2015;82:135-6.
2. Stein R, Ho M, Oliveira CM, Ribeiro JP, Lata K, Abella J, Froelicher V. Exercise-induced left bundle branch block: prevalence and prognosis. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2011;97:26-32.