

Bloqueo auriculoventricular de tercer grado o completo asintomático

N. Busquets Vallbona^a, J. Majó Llopart^a y J.A. Martínez Burgui^b

^aMédicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco de Teruel.

^bMédico Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Presentamos el caso de bloqueo auriculoventricular completo asintomático en una mujer de 57 años, con valvulopatía mitral de aspecto reumático y válvula aórtica engrosada con función conservada, descubierto por ecocardiografía.

La paciente fue remitida por su médico de familia al objetivarse de forma casual una bradiarritmia. Permaneció estable durante su ingreso y posteriormente fue remitida al Servicio de Cirugía Cardiovascular para colocación de marcapasos cardíaco definitivo.

El bloqueo auriculoventricular completo conlleva signos y síntomas de gasto cardíaco reducido, síncope o presíncope, angina y palpitations por taquiarritmias ventriculares, aunque en algunos casos puede presentarse de manera asintomática.

Describimos el caso de una paciente con bloqueo auriculoventricular de tercer grado asintomático.

Palabras clave: bloqueo auriculoventricular completo, bradiarritmia, marcapasos.

We present the case of an asymptomatic complete A-V block in a 57 year old woman with rheumatic type mitral valvulopathy and thickened aortic valve with conserved function, discovered by echocardiography.

The patient was sent by her family practitioner when he casually observed bradyarrhythmia. She remained stable during her admission and was then referred to the Cardiovascular Surgery service for the placement of a definitive heart pacemaker.

The complete A-V block has signs and symptoms of reduced heart output, syncope or presyncope, angina and palpitations due to ventricular tachyarrhythmias, although it can be asymptomatic in some cases.

We describe the case of a patient with asymptomatic third degree auriculoventricular block.

Key words: complete A-V block, bradyarrhythmia, pacemaker.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por "arritmia" cualquier ritmo cardíaco diferente al ritmo sinusal normal, independientemente de su regularidad.

La bradiarritmia engloba a aquellos ritmos lentos con frecuencia cardíaca inferior a 50-60 latidos por minuto, aunque en personas que realizan actividad física de forma habitual puede darse un ritmo lento fisiológico.

Las arritmias son un motivo de consulta relativamente frecuente en los servicios de urgencia hospitalarios y en ocasiones son responsables de importantes alteraciones hemodinámicas, que incluso pueden causar la muerte. Muchas de estas muertes inciden en corazones con anor-

malidades estructurales que aún presentan buenas condiciones de funcionalidad.

En el caso de los bloqueos auriculoventriculares (AV) de tercer grado o completo, la actividad auricular y ventricular está disociada debido a que no se conduce ningún impulso supraventricular hacia el ventrículo, generando síntomas en la mayor parte de los casos.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 57 años de edad, alérgica a la estreptomina y con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) por la que seguía tratamiento con quinapril e indapamida.

Valvulopatía mitral de aspecto reumático con valvas engrosadas sin calcificación valorable y área superior a 3 cm, válvula aórtica engrosada con función conservada, hipertensión pulmonar de 52 mmHg.

Ingresa procedente de urgencias tras ser remitida por su médico de familia al objetivarse de forma casual una bradiarritmia de 37 latidos por minuto. Asintomática y sin signos de bajo gasto ni de insuficiencia cardíaca.

Correspondencia: N. Busquets Vallbona.
Avinguda Nacis Arnau, 93. 2.º B.
17172 Les Planes d'Hostoles. Girona.
Correo electrónico: nuri.busquets@terra.es

Recibido el 16-7-03; aceptado para su publicación el 14-10-03.

Presentaba una tensión arterial de 190/100 mmHg.

La auscultación cardíaca era de tonos rítmicos a 37 latidos por minuto sin apreciarse soplos ni roces cardíacos. El resto de la exploración fue anodina.

En las pruebas complementarias realizadas observamos:

Electrocardiograma: disociación AV completa con respuesta ventricular de 37 latidos por minuto (fig. 1).

Radiografía de tórax (portátil y en decúbito): sin hallazgos destacables. Hemograma y coagulación: los valores fueron normales.

Se decide ingreso en Servicio de Medicina Interna debido a la estabilidad clínica que presentaba la paciente, y en espera de su traslado al centro de referencia para colocación de marcapasos definitivo.

Se coloca un marcapasos definitivo VDDCO en nuestro hospital de referencia. En la revisión a los 4 meses se halla a la paciente sin dependencia de marcapasos y siguiendo tratamiento con antagonistas del calcio y antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II).

Tabla 1. Bloqueo auriculoventricular completo: causas y sintomatología

Causas	Sintomatología
Paroxístico	
Cirugía cardíaca	
Intraoperatoria	
Fármacos (digital, amiodarona, diltiazem, verapamil, bloqueadores beta)	Bajo gasto cardíaco
IAM, cardiopatía isquémica	Síncope
Trastorno electrolítico	
Endomiocarditis	Presíncope
Tumores	
Enfermedad de Chagas	Angina
Nódulos reumatoideos	
Estenosis aórtica calcificada	Palpitaciones
Mixedema, polimiositis, lupus, vasculitis	Taquiarritmias
Procesos infiltrativos (amiloidosis, sarcoidosis, esclerodermia)	Ventriculares
Bloqueo AV congénito	

IAM: infarto agudo de miocardio; AV: auriculoventricular.

DISCUSIÓN

En el bloqueo AV de tercer grado no hay comunicación eléctrica entre aurículas y ventrículos.

Existen diferentes causas que nos pueden producir el bloqueo AV de tercer grado y que clínicamente se manifiestan de distintas maneras (tabla 1).

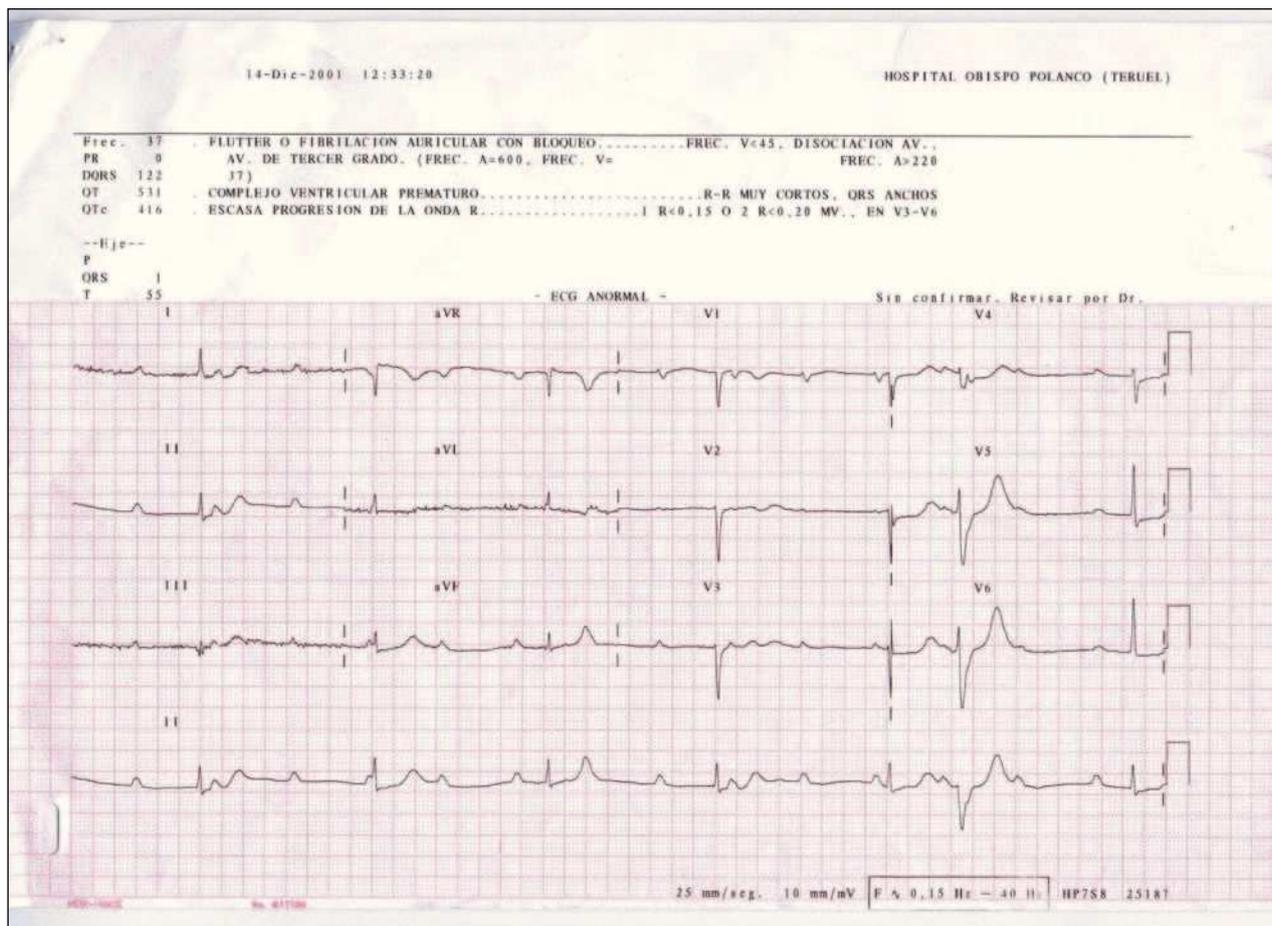


Figura 1. Electrocardiograma.

La paciente tenía de base una HTA y una valvulopatía mitral y aórtica que fue diagnosticada casualmente por ecocardiografía en la consulta de su cardiólogo. Según el *Reykjavik Study*¹ revela que a menudo el bloqueo AV de tercer grado está unido a HTA, pero con mayor frecuencia a enfermedades coronarias.

La excepcionalidad del caso se centra en estar asintomático, descubriéndose de manera casual un electrocardiograma con las características de bloqueo completo de tercer grado; mostrando ondas P rítmicas de origen sinusal y complejos QRS a una frecuencia inferior con un ritmo regular totalmente independiente del ritmo auricular.

Por controles realizados por su médico de familia sabemos que la paciente carecía de historia de bradiarritmias y bloqueo AV, con lo que descartamos el bloqueo AV congénito². Además, al estudiar su régimen de vida supimos que tenía una vida bastante sedentaria, con lo cual también pudimos descartar el bloqueo AV de tercer grado que podemos ver en deportistas entrenados³.

Aquí vemos la importancia que tiene el seguimiento que se realiza desde consultas de Atención Primaria. En ellas se realizan, mediante programas determinados, el control de diversas patologías crónicas, como es en nuestro caso la HTA. Es fundamental en estos casos la realización de controles periódicos de tensión arterial, analítica completa al igual que registros electrocardiográficos y radiografía de tórax.

El tratamiento en todos los casos debe corregir la cardiopatía subyacente y la causa desencadenante (fig. 2). Utilizado en el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel⁴.

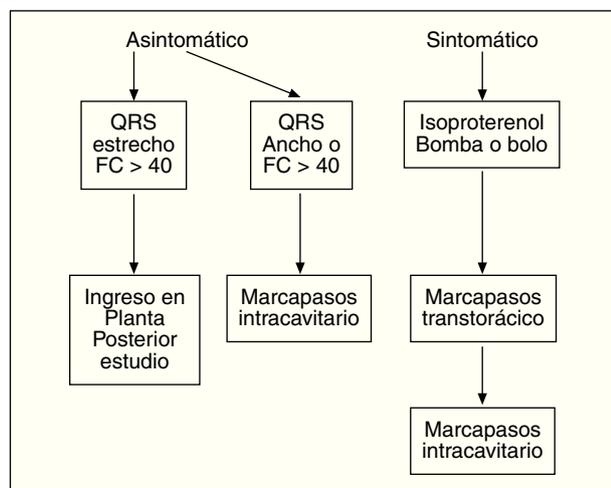


Figura 2. Tratamiento de bloqueo auriculoventricular de tercer grado. Manual de Urgencias Hospital Obispo Polanco de Teruel⁴.

La utilización de un marcapasos temporal permite estabilizar al paciente en caso de presentar signos y síntomas de bajo gasto cardíaco, síncope o presíncope, angina o palpitaciones y valorar posteriormente la necesidad de implantar un marcapasos permanente para un tratamiento a corto plazo⁵.

Cuando un bloqueo puede ser transitorio pero requiere tratamiento a corto plazo o instalar un marcapasos adecuado, pueden utilizarse fármacos vagolíticos como atropina en trastornos del nodo AV y las catecolaminas como isoproterenol, se utilizan de forma transitoria para tratar con bloqueo cardíaco de cualquier localización.

La decisión de implantar un marcapasos permanente en los casos de bloqueo AV del adulto se basa en las siguientes recomendaciones:

Bloqueo AV completo establecido o paroxístico, independientemente de su localización anatómica, asociado a uno o más de los siguientes síntomas o signos:

- Bradicardia sintomática.
- Insuficiencia cardíaca.
- Necesidad de recibir fármacos que depriman el automatismo e induzcan enlentecimiento del ritmo de escape.
- Asistolias iguales o mayores de tres segundos o ritmo de escape menor de 40 latidos por minuto.
- Manifestaciones de bajo gasto cerebral, mejoradas con marcapasos temporal.

En nuestro caso la paciente permaneció ingresada en observación en el Servicio de Medicina Interna en espera de traslado a nuestro hospital de referencia para colocar un marcapasos definitivo.

La distancia que nos separa de nuestro hospital de referencia hizo que la situación fuese valorada por el Servicio de Medicina Interna en colaboración con el Servicio de Medicina Intensiva, en espera de posibles complicaciones para valorar, si fuese necesario, la colocación de un marcapasos provisional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kojic EM, Hardason T, Sigfusson N, Sigvaldason H. The prevalence and prognosis of third-degree atrioventricular conduction block: the Reykjavik Study. *Journal of Internal Medicine* 1999;246:81-6.
2. Friedman DM, Rupel A, Glickstein J, Buyon JP. Congenital heart block in neonatal lupus: the pediatric cardiologist's perspective. *Indian J Pediatr* 2002;69(6):517-22.
3. Zehender M, Meinertz T, Keul J, Just H. ECG variants and cardiac arrhythmias in athletes: clinical relevance and prognostic importance. *Am heart J* 1990;119(6):1378-91.
4. Manual de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel.
5. Chang CC, Wu MH, Lin JL, Chen YS, Wang JK, Lue HC. Transvenous permanent pacemaker implantation in children and adolescent. *Acta Paediatr Taiwan* 2001;42(6):350-4.