

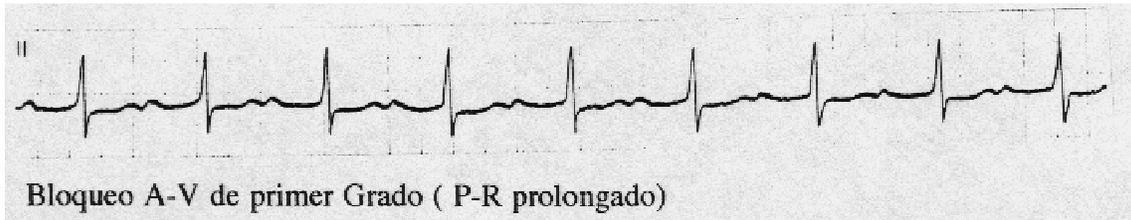
VI. Diagnóstico y tratamiento de los Bloqueos Aurículo-ventriculares (A-V) y de los trastornos de conducción intraventricular.

Los bloqueos A-V traducen un trastorno en la conducción de los impulsos entre aurículas y ventrículos. La electrografía del haz de His permite precisar el nivel en que ocurren los trastornos de la conducción auriculo-ventricular. Gracias a esta técnica se ha podido demostrar que los bloqueos auriculo-ventriculares pueden asentarse en cualquier nivel del sistema excito-conductor.

La calidad de los marcapasos subsidiarios en los casos de bloqueo auriculo-ventricular de alto grado está determinada por el nivel del bloqueo, lo que tiene clara significación pronóstica, y de ahí la importancia de ubicar la zona de bloqueo.

A. Bloqueos aurículo-ventriculares de primer grado. (Fig 33)

Se observa un intervalo PR prolongado en el electrocardiograma (> 0.2 seg) y todas las ondas P son seguidas de un QRS. Clínicamente es posible encontrar en estos casos un apagamiento del primer ruido.



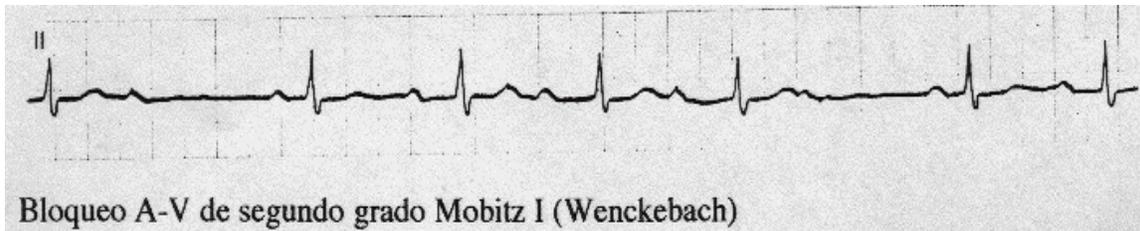
B. Bloqueos aurículo-ventriculares de segundo grado.

Un bloqueo AV de segundo grado implica que algunos impulsos supraventriculares no depolarizan los ventrículos. Los bloqueos de segundo grado se clasifican de acuerdo al electrocardiograma de superficie en dos tipos: Tipo I o Wenckebach y Tipo II o Mobitz II.

C. Tipo I o Wenckebach:

Se caracteriza por un alargamiento progresivo del intervalo PR hasta que un impulso auricular no depolariza los ventrículos apareciendo una pausa.

Si bien los bloqueos de Wenckebach pueden localizarse en cualquier zona del sistema excitoconductor, lo más frecuente es que ellos se deban a un trastorno de la conducción auriculo-ventricular a nivel nodal .(V.fig 34)



D. Bloqueo auriculo-ventricular tipo II o Mobitz II :

En estos casos la onda P bloqueada no ha sido precedida por alargamientos progresivos del PR en los ciclos precedentes. Los bloqueos de tipo Mobitz II, se localizan casi siempre distales al haz de His. (V.fig 35)

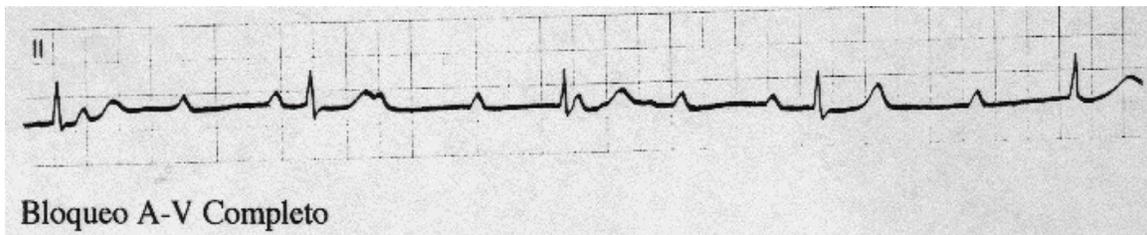


Fig 35 Bloqueo AV de 2º grado Mobitz II

E. Bloqueos aurículo-ventriculares completos. (Fig 36)

Se caracterizan por interrupción completa de la conducción A-V. Se pueden localizar en

el nodo auriculo-ventricular o en el sistema His Purkinje. Pueden ser permanentes o intermitentes. Pueden alternar con bloqueos de menor grado o con ritmo normal. Al examen físico se encontrará un pulso arterial lento. El pulso venoso yugular muestra ondas "a" de amplitud variable, dependiendo del grado de apertura de la válvula tricúspide al momento de la contracción auricular. Cuando la contracción ocurre con la válvula cerrada, la onda "a" será de gran amplitud (onda "a" en cañón). Otra manifestación de la asincronía entre aurícula y ventrículo son los cambios de intensidad del primer ruido.



Los bloqueos A-V completos con ritmo de escape lento o inestable producen diversos síntomas, en especial la llamada crisis de Stoke-Adams, que consiste en episodios de pérdida de conciencia súbita, acompañadas de palidez y ocasionalmente de relajación de esfínteres. Habitualmente los pacientes se recuperan en pocos minutos, sin secuelas neurológicas, pero en ocasiones pueden determinar muerte súbita.

Existe numerosas causas de bloqueo A-V, las que se pueden agrupar de acuerdo al nivel en ocurra que el bloqueo A-V. En general aquellos que se asientan por encima de la bifurcación del haz de His o proximales tienen mejor pronóstico que aquellos que se producen más distalmente o infrahisianos.

Las causas más frecuentes de bloqueo A-V proximal son: aumento del tono vagal; medicamentos (digital, betabloqueadores, verapamilo, amiodarona.), miocarditis e infarto de cara diafragmática.

Las causas más frecuentes de bloqueos A-V infrahisianos son: fibrosis inespecífica del sistema excito-conductor (enfermedad de Lenegre), calcificación del esqueleto cardíaco (enfermedad de Lev), infarto de pared anterior, y miocardiopatías.

Manejo:

Existe consenso en que los bloqueos de primer grado no requieren terapia específica. Lo mismo ocurre en la mayoría de los bloqueos de Wenkebach. Por el contrario, en los casos de bloqueos tipo Mobitz II se sabe que progresan a bloqueo AV completo, son de mal pronóstico y requieren [marcapaso definitivo](#).

Los casos de bloqueos AV completos definitivos asociados a síntomas deben ser tratados con [marcapaso definitivo](#) independientemente del nivel del bloqueo. La misma recomendación es válida para los bloqueos intra o infrahisianos aun en ausencia de síntomas.

F. Trastornos de conducción intraventricular.

Son el resultado de un enlentecimiento o bloqueo de la conducción por debajo de la bifurcación del haz de His, pudiendo verse afectados uno, dos o los tres fascículos responsables de la depolarización ventricular.

Bloqueos de rama . (Fig 37, 38)

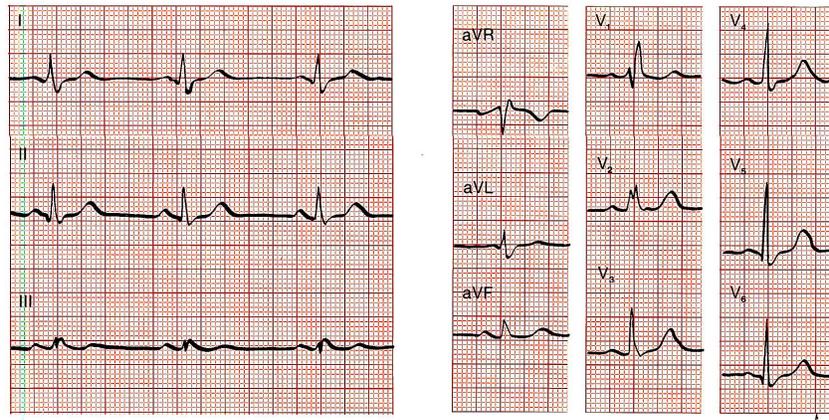


Fig 37 Bloqueo de la rama derecha del haz de His

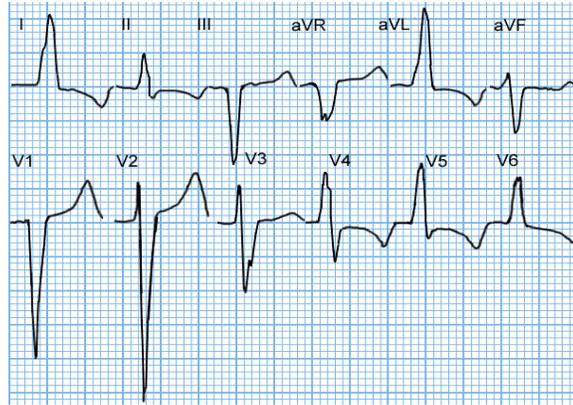


Fig 38 Bloqueo de la rama izquierda del haz de His

Pueden ocurrir en la rama derecha o izquierda del haz de His. Cualquiera sea la rama afectada va a traer como consecuencia un retardo en la depolarización del ventrículo homolateral a la rama bloqueada lo que se va a traducir en un ensanchamiento del QRS. Los bloqueos de rama se observan en numerosas cardiopatías con compromiso ventricular. Así el bloqueo de rama izquierda es frecuente en portadores de cardiopatía hipertensiva, miocardiopatías hipertróficas y/o dilatadas, valvulares aórticos, etc. Los bloqueos de rama derecha, en casos de cor pulmonar, cardiopatías congénitas, hipertensión pulmonar, así como también no asociado a cardiopatía.

La aparición de bloqueo de rama durante un infarto reciente del miocardio constituye un signo de muy mal pronóstico traduciendo un extenso compromiso isquémico del septum interventricular.

Los bloqueos de rama no requieren de terapia específica, salvo que se asocien a bloqueos de 2° o 3° grado infrahisianos o se presenten en forma alternante. En ambos casos se recomienda el implante de marcapaso.

Hemibloqueos. (Fig 39,40)

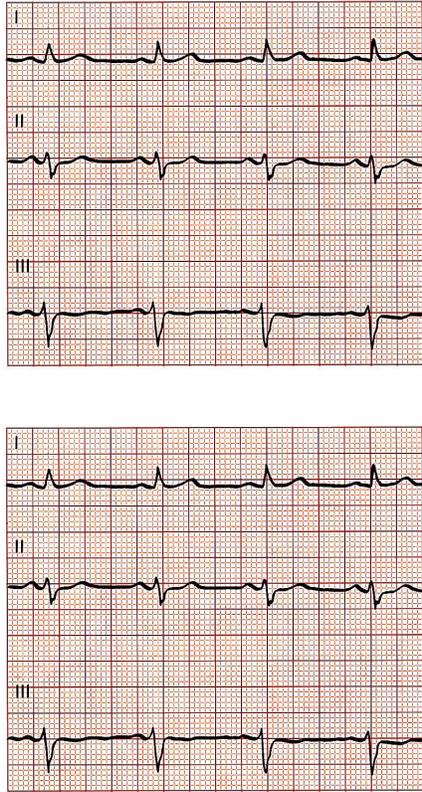


Fig 39 Hemibloqueo izquierdo anterior

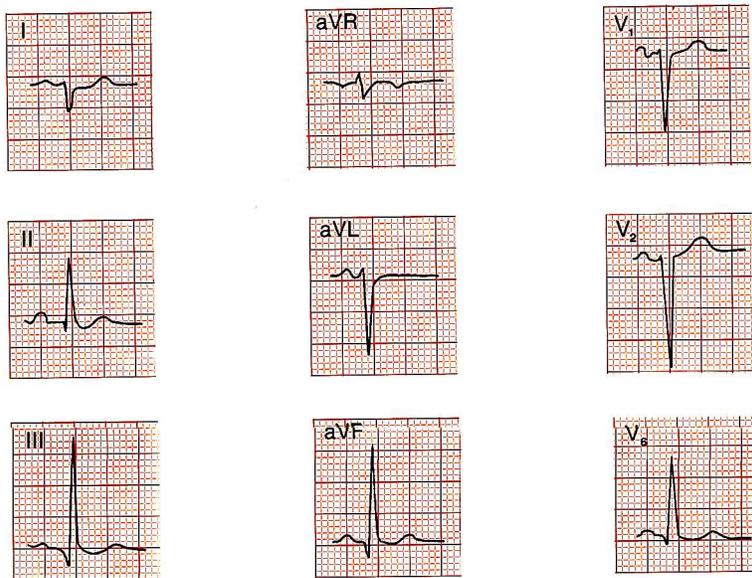


Fig 40 Hemibloqueo izquierdo posterior

En ellos no se observan retardos en la conducción intraventricular. Por tal motivo su aparición no implica un ensanchamiento significativo del QRS. El hemibloqueo izquierdo anterior constituye un hallazgo electrocardiográfico frecuente. La incidencia aumenta con la edad y es considerado un trastorno benigno cuando ocurre en forma aislada. El hemibloqueo izquierdo posterior es mucho menos frecuente. Los criterios electrocardiográficos para su diagnóstico son menos certeros y su significado clínico es habitualmente más incierto. Los hemibloqueos izquierdos pueden asociarse a bloqueos de la rama derecha del haz de His (fig 41)

Los hemibloqueos aislados no requieren terapia.

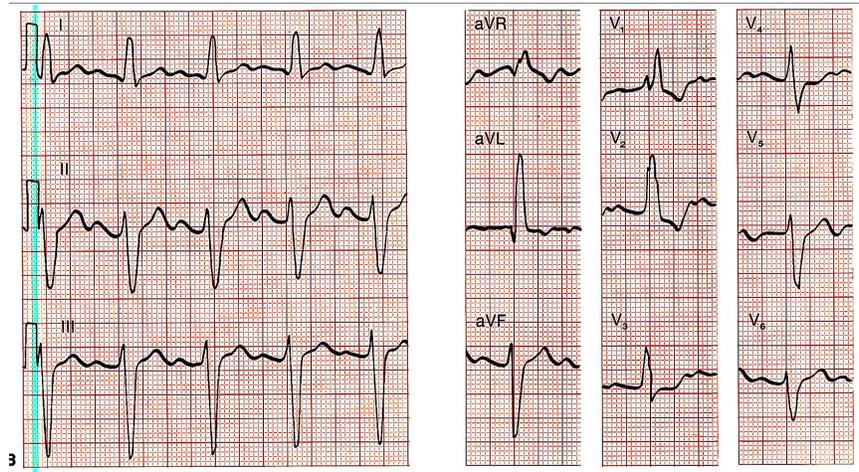


Fig 41