

BLOQUEOS AURICULO-VENTRICULARES

Autores. - Dr. Roberto Lavadenz Morales

Dr. Nils Alejandro Zeballos Soliz

I.-DEFINICION. - Comprenden un grupo de trastornos de la conducción, en los cuales existe dificultad en la conducción de los estímulos de las aurículas a los ventrículos.

II.-ETIOLOGIA. - Las causas pueden ser congénitas y adquiridas.

Congénitas.- Las que se presentan desde el nacimiento.

Adquiridas.- Degenerativas (senectud).

Cardiopatía chagásica crónica.

Infarto de miocardio.

Postquirúrgica.

Cardiomiopatias.

Medicamentosas

Inflamatorias.

III.-CLASIFICACIÓN. -

Se clasifican en:

Bloqueo A-V de 1er. Grado

Bloqueo A-V de 2do grado. Mobitz I y Mobitz. II

Bloqueo A.V de 3er. Grado.

Las dos primeras, también se denominan: incompletas y la última es la forma completa.

IV.-MANIFESTACIONES CLINICAS. –

Los grados 1ro y 2do Mobitz I, no suelen provocar síntomas. En cambio, el bloqueo de 2do grado mobitz II, así como el de tercer grado pueden provocar síntomas tales como pérdidas de conciencia, expresadas por lipotimias, presíncope o síncope, llegando en grados severos a las crisis de Stokes Adams, caracterizadas por pérdidas de conciencia prolongadas, convulsiones, relajación de esfínteres. En grados más severos y prolongados, puede acontecer la muerte súbita, ya sea por paro cardíaco o por las lesiones traumáticas producidas por la caída.

V.-EXAMENES COMPLEMENTARIOS. -

La electrocardiografía de reposo, es el primer examen a efectuarse, el cual dará el diagnóstico, si el trastorno de conducción es registrado. En caso de que los síntomas sean infrecuentes y el examen físico no aporte datos al diagnóstico, se practicará la electrocardiografía ambulatoria (Holter de 24 horas o Registro de eventos- Loop).

Otros exámenes, se efectuarán, de acuerdo a la etiología del problema.

La radiografía de tórax y el ecocardiograma, ayudarán a valorar la severidad de la cardiopatía subyacente.

Estudio electrofisiológico (en casos especialmente considerados y según la disponibilidad del centro)

VI.-DIAGNÓSTICO. -

El cuadro clínico, con la sintomatología correspondiente y el examen físico, serán los que permitan sospechar el diagnóstico.

La auscultación permite en muchas ocasiones efectuar el diagnóstico.

En el bloqueo A-V de 1er. Grado, que es una prolongación anormal del tiempo de conducción entre la aurícula y el ventrículo, se percibe disminución del 1er ruido cardíaco.

En el bloqueo A-V de 2do grado Mobitz I, el tiempo de conducción hacia el ventrículo, se hace progresivamente más prolongado, en cada latido dentro de un ciclo, hasta que un impulso queda bloqueado. En la auscultación se percibirá: variación progresiva del primer ruido, que se va haciendo menos intenso paulatinamente, hasta que se produce una pausa.

Bloqueo A-V de 2do grado Mobitz II. En éstos casos, no hay cambios progresivos de la conducción A-V, luego uno más estímulos auriculares, quedan repentinamente bloqueados. Se escuchará pausas repentinas, regulares o irregulares, si el bloqueo es fijo, la frecuencia será lenta en forma permanente.

Bloqueo A-V de 3er. Grado o completo. Todos los latidos sinusales no llegan a estimular a los ventrículos, así entonces las aurículas y los ventrículos laten independiente entre sí. En el examen físico, la frecuencia cardíaca es lenta en forma permanente, alrededor de 50, 40 o 30 latidos por minuto. El primer cambia permanentemente de intensidad.

El electrocardiograma define el diagnóstico.

En el bloqueo A-V de primer grado, el intervalo PR está prolongado, más allá de 0,20 "de segundo.

Bloqueo A-V de 2do grado Mobitz I.- el intervalo PR se hace progresivamente más prolongado, hasta que una onda P, queda bloqueada, luego se repite el ciclo.

Bloqueo A-V de 2do grado Mobitz II.- No hay cambios progresivos del intervalo PR, el cual permanece constante y en forma intermitente, una onda P está bloqueada. Cuando el bloqueo es fijo, la frecuencia ventricular es lenta, y se ven ondas P que se bloquean en forma intermitente, por cada onda R hay dos o tres ondas P bloqueadas.

Bloqueo A-V de 3er. Grado. Las ondas P se presentan con una frecuencia normal, pero ninguno de los estímulos auriculares activa a los ventrículos, el PR es totalmente variable y la frecuencia ventricular es lenta en forma permanente. El QRS es de duración normal o ensanchada de acuerdo a la gravedad del bloqueo.

VII.-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. Los grados avanzados, se diferenciarán de la bradicardia sinusal severa y de los paros sinusales.

VIII.-TRATAMIENTO. - En cualquier trastorno de conducción aurículo ventricular que se relacione directamente con la aparición de síntomas debe considerarse la instauración de marcapaso, sin embargo por lo general se abordara los bloqueos A-V como sigue:

Bloqueo A-V de 1er. Grado, no se efectúa tratamiento alguno, debiendo tratarse las causas productoras, medicamentos o infecciones.

Bloqueo A.V de 2do grado, Mobitz I.- Tampoco merece tratamiento, solamente observación periódica y tratamiento de las causas subyacentes.

Bloqueo A-V de 2do grado Mobitz II. En el grado fijo, se implantará un marcapaso permanente, aunque no haya síntomas.

Bloqueo A-V de 3er. grado. - El implante de marcapaso, es la indicación, para éste tipo de bloqueos; aunque el paciente esté asintomático.

IX.-COMPLICACIONES. - En los bloqueos avanzados, si no se implanta un marcapaso, en cualquier momento puede sobrevenir la muerte súbita.

X.-CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y REFERENCIA. - Los pacientes deberán internarse, cuándo se proceda a la implantación de un marcapaso, permanente, o puede estar precedida del implante de un marcapaso temporal.

También se internarán cuando se produzcan sincopes o crisis de Stokes-Adams, para verificar el tipo de bloqueo o para el implante de un marcapaso temporal, mientras se disponga de uno permanente.

XI.-CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA. - Serán dados de alta, los pacientes a los cuales se implante un marcapaso; o cuando estén estabilizados de su problema.

XII.-PRONOSTICO Y REHABILITACIÓN.-. En lo que se refiere a bloqueos de alto grado, si no se implanta un marcapaso permanente, el pronóstico es ominoso y puede temerse la muerte súbita. Por el contrario, en pacientes con

marcapasos, el pronóstico y bueno y pueden efectuar luego una actividad normal, Luego se debe proceder al control periódico del funcionamiento de los marcapasos.

XIII.-REFERENCIAS

1. 2013 ESC Guidelines in cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy, Eur Heart J. 2013; 34: 2281.
2. Lavadenz R.- Diagnóstico y tratamiento de las arritmias cardíacas. Ed. Bruño. La Paz. 1990. Pag. 169.
3. Lavadenz R.- Electrocardiografía básica. Ed. Designs. La Paz. 2006. Pag &9.
4. Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, Edgerton JR, Ellenbogen KA, Gold MR, Goldschlager NF, Hamilton RM, Joglar JA, Kim RJ, Lee R, Marine JE, McLeod CJ, Oken KR, Patton KK, Pellegrini CN, Selzman KA, Thompson A, Varosy PD, 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay, Journal of the American College of Cardiology (2018)