

Comentarios a propósito de dos electrocardiogramas

J. Alberto García Lledó^a y Jorge Castro Dorticós^b

^aProfesor asociado del Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Especialista de Área de Cardiología. ^bUnidad de Arritmias. Hospital Universitario de Guadalajara.



Figura 1.

TRAZADO NÚMERO 1

Varón de 17 años sin antecedentes de interés. Practica ciclismo dos veces a la semana. Asintomático. En una exploración de rutina se le encuentra bradicardia sinusal en torno a 48 lat/min y un soplo sistólico eyectivo suave en el foco aórtico y la punta que desaparece al sentar al paciente. Se le realiza una tira de ritmo (fig. 1).

TRAZADO NÚMERO 2

Varón de 83 años con antecedentes de diabetes mellitus e infarto anteroseptal hace 3 años. No ha tenido angina ni disnea tras el infarto, pero en los últimos meses presenta episodios de debilidad súbita acompañada de visión borrosa, que se recuperan en pocos segundos. En el último de ellos ha caído al suelo inconsciente durante escasos minutos, con recuperación rápida y completa. Se le realiza un electrocardiograma (fig. 2).

COMENTARIOS AL TRAZADO NÚMERO 1

El soplo que presenta el paciente muestra las características habituales de un soplo inocente, muy frecuente en pa-

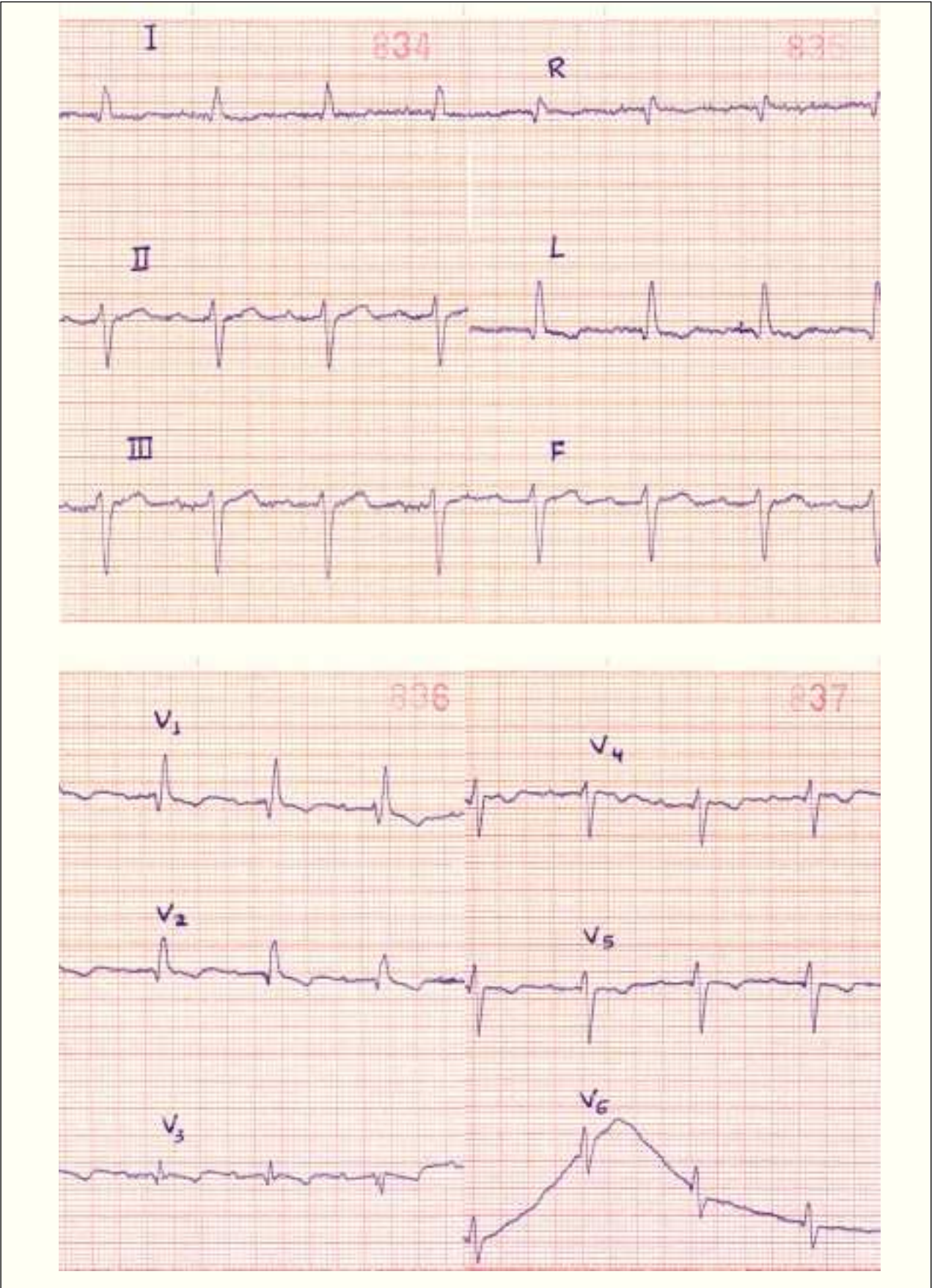


Figura 2.

cientes jóvenes, en los que el gasto cardíaco es elevado y los anillos valvulares son pequeños para el flujo relativo que los atraviesa. El hecho de que el soplo desaparezca al sentarse, al reducir la precarga, es muy típico de este tipo de soplo, así como su asociación a la bradicardia, dado que el volumen expulsado por latido es elevado.

La presencia de bradicardia en un paciente con entrenamiento físico no es un hecho sorprendente, ni tampoco la presencia de un ritmo irregular. En personas jóvenes es muy frecuente la arritmia sinusal respiratoria, fisiológica, en la que el ritmo se acelera con la inspiración y se ralentiza con la espiración. En este caso sorprende la tira de ritmo, en la que se aprecian latidos de varias morfologías, básicamente de dos:

- De QRS estrecho, precedidos de onda P, que corresponden a un ritmo sinusal normal.
- De QRS ancho y con rsR' , sin onda p, que corresponden a un ritmo ventricular.

Algunos de los latidos anchos presentan una melladura inicial que corresponde con una onda P, y se aprecia cómo la secuencia sinusal-ventricular se repite de forma rítmica. Se trata de una arritmia sinusal respiratoria que ocasiona una bradicardia sinusal muy importante en los períodos de espiración, durante los cuales aparece un ritmo de escape ventricular. Ambos hechos son fisiológicos y pueden atribuirse a la edad y al entrenamiento físico. Al acelerar el pulso con ejercicio, el ritmo sinusal se aceleraba y desaparecían los latidos ventriculares. Se hizo un ecocardiograma normal y una ergometría normal, sin arritmias, de 15 min de duración.

COMENTARIOS AL TRAZADO NÚMERO 2

La historia clínica referida por el paciente es típica de episodios de presíncope y síncope de origen cardíaco: se produce por pérdida de fuerza y de visión abrupta, sin prodromos, con desplome del paciente, y se sigue con una recuperación precoz y completa. En ocasiones pueden acompañarse de clínica de palpitaciones inmediatamente antes.

En el trazado del ECG se observa un trastorno grave de la conducción auriculoventricular.

- PR prolongado, de 300 ms (bloqueo AV de primer grado).
- QRS ancho de más de 120 ms, con onda R al final del complejo en V1 (bloqueo de rama derecha del haz de His).

- Eje izquierdo, más allá de menos de 30° , con onda R claramente mayor en aVL que en I, y predominio de la onda S en derivaciones inferiores (hemibloqueo anterior de rama izquierda del haz de His).

Todo ello constituye un bloqueo bifascicular con PR largo o bloqueo trifascicular, que indica habitualmente un trastorno en la conducción por debajo del nodo AV, a nivel hisiano o infrahisiano. Este tipo de bloqueos progresa con relativa frecuencia hacia bloqueo AV completo, y puede asociarse a síntomas de bradicardia, fundamentalmente a síncope. En el caso presentado, con este trazado e historia de síncope, se indicó la implantación de un marcapasos sin proceder a otros estudios.

Es importante comentar que la actitud diagnóstica y terapéutica varía de forma sustancial según el tipo de bloqueo presente en el ECG. De este modo, en pacientes *asintomáticos*:

- El bloqueo AV de primer grado no tiene trascendencia y no hay que estudiarlo. Es frecuente en ancianos, deportistas y pacientes con bradicardia sinusal.

- El bloqueo de rama derecha (QRS ancho de más de 120 ms y onda R terminal en V1) no necesita estudiarse, salvo en dos casos principales:

- Cuando exista elevación del ST en las derivaciones V1, V2, V3. En ese caso debe descartarse la existencia de isquemia, trastornos electrolíticos o cardiopatías que lo expliquen, y valorar la historia de síncope y muerte súbita familiar, puesto que puede tratarse de un síndrome de Brugada.

- Cuando exista q inicial en V1 y V2, caso en el que se debe descartar infarto anteroseptal previo.

- El bloqueo de rama izquierda (QRS ancho de más de 120 ms y QS o S terminal en V1) es indicio habitual de enfermedad, y debe estudiarse. Suele asociarse a hipertrofia, cardiopatía isquémica o miocardiopatía.

- El hemibloqueo anterior (eje izquierdo, más allá de menos de 30° , con onda R claramente mayor en aVL que en I, y predominio de la onda S en derivaciones inferiores) no indica patología por sí mismo, y no es preciso estudiarlo. Es muy frecuente. Debe considerarse que la desviación izquierda del eje puede ser un dato de hipertrofia ventricular, a valorar en hipertensos.

- El hemibloqueo posterior (eje derecho más allá de 120° , con ondas S predominantes en I y aVL) es un dato habitual de enfermedad cardíaca, y debe estudiarse.