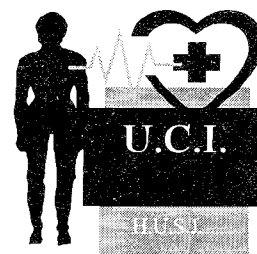


CASO CLÍNICO

BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA COMO MARCADOR DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA



* Adolfo León Tróches Zuleta, ** Ivan Olid Ochoa Valencia,
*** Federico Andrés Benítez Paz, **** Franco Lotta Perna, FCCP
***** Luis E. Sarria Ayerbe, FCCP

La presencia de bloqueo completo de rama izquierda del Haz de His (BCRIHH) en un electrocardiograma (ECG) puede ocultar los cambios producidos por cardiopatía isquémica aguda, lo que retarda su diagnóstico y tratamiento. A continuación analizaremos un caso clínico ocurrido recientemente en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.

Se trata de una paciente femenina de 65 años de edad, portadora de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo II y colelitiasis, que de manera súbita desarrolla disnea de reposo sin dolor torácico. A su ingreso al servicio, se evidencia una paciente angustiada, cianótica, con gran trabajo respiratorio. Al examen físico se registra una TA de 130/70 mm de Hg, FR: 40 rpm, FC: 102 lpm, T 36.5 °C, crepitantes en 2/3 de ambos hemitórax y la presencia de un cuarto ruido izquierdo. En el ECG inicial se observa un BCRIHH y en la radiografía de tórax se nota crecimiento concéntrico del ventrículo izquierdo, congestión perihiliar e infiltrados alveolares difusos compatibles con edema pulmonar.

Con base en la presentación clínica se plantea la posibilidad de edema agudo de pulmón cardiogénico secundario a un cambio agudo del estado coronario tipo equivalente anginoso. Se inicia tratamiento con nitroglicerina endovenosa, anticoagulación formal con heparina endovenosa, furosemida, aspirina y medidas generales.

Se repite el ECG, objeto de la presente publicación, en el cual se observa la presencia de ritmo sinusal, una frecuencia de 75 lpm en todas las derivaciones. Compare el lector D1 con V6 y verifique que la frecuencia es igual. El intervalo PR es de 160 milisegundos. Observe que la duración del complejo QRS está prolongada en D1 con una duración de 140 milisegundos con morfología de BCRIHH, la cual de manera asombrosa empieza progresivamente a desaparecer en la derivación V2, hasta normalizarse. Verifique que la morfología y duración del QRS en V6 es normal. Lo anterior sugiere un bloqueo completo de rama izquierda del Haz de His de carácter intermitente, factor que nos reafirmó en nuestra presunción de Equivalente Anginoso. Durante su evolución la paciente no presentó

* Médico Anestesiólogo, ** Médico Internista, *** Cirujano General, Residentes de Ciudado Crítico.

**** Médico Internista, Intensivista, Profesor Departamento de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca.

***** Médico Anestesiólogo, Intensivista, Profesor Departamento de Anestesiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca.

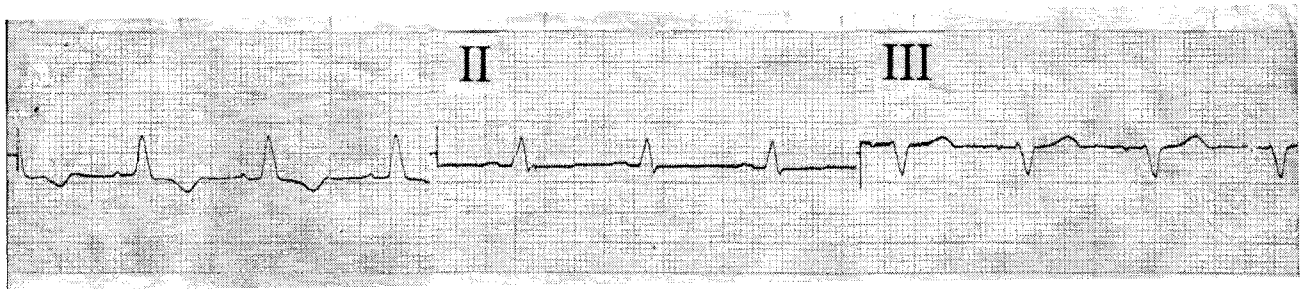


Figura 1

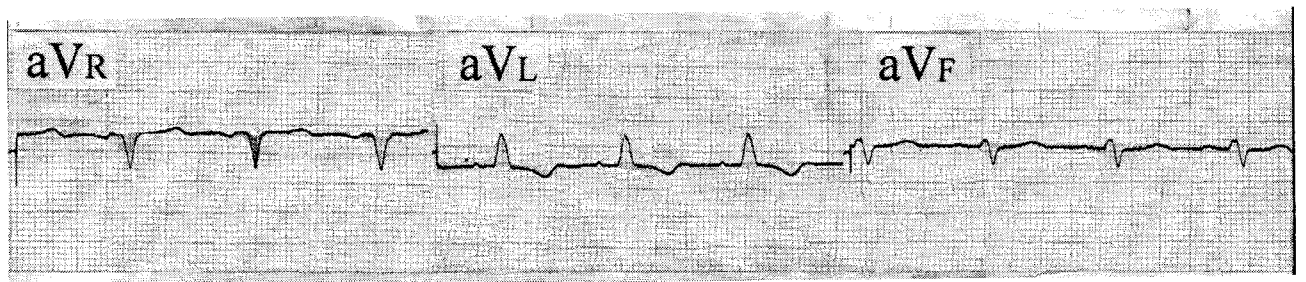


Figura 2

elevación de enzimas cardíacas, evolucionó satisfactoriamente y fue remitida para angiografía coronaria, la cual reveló lesión obstructiva de 50 % en la arteria descendente anterior y de sus dos primeras diagonales con obstrucción de un 70% de la arteria coronaria derecha.

El caso ilustra la circunstancia en la que el ECG puede sugerir isquemia miocárdica a pesar de la presencia de bloqueo de rama izquierda de carácter intermitente. Por ello queremos inicialmente, que se tengan presente los criterios diagnósticos de BCRIHH, y observar algunos de ellos en nuestra ilustración:

- Duración del QRS de 0.12 segundos o más.
 - Presencia de onda R ancha monofásica en D1, V5 y V6.
 - Ausencia de ondas Q en D1, V5 y V6.
 - Retraso de la deflexión intrínseca en V5 y V6.
 - Desplazamiento del segmento ST y de la onda T en dirección opuesta a la deflexión mayor del complejo QRS.
 - Progresión pobre de la onda R en precordiales derecha.
 - Complejo RS en precordiales izquierdas.
 - Desviación anormal del eje a la izquierda.
 - Deflexión QS en derivaciones inferiores. (1)
- Ahora bien, los elementos más fundamentados de en-

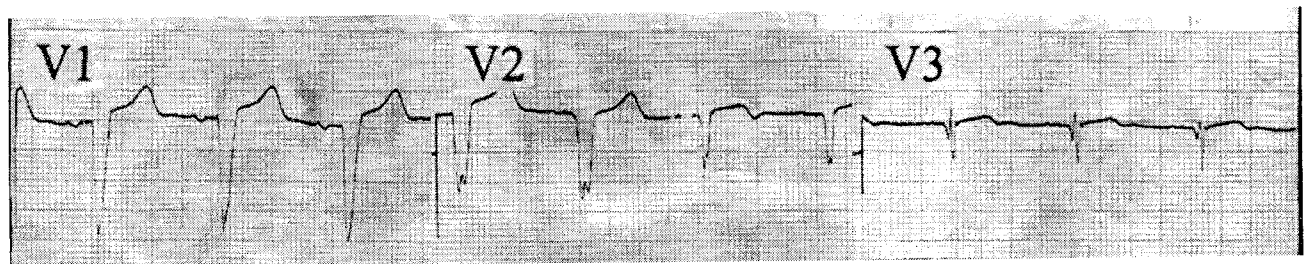


Figura 3

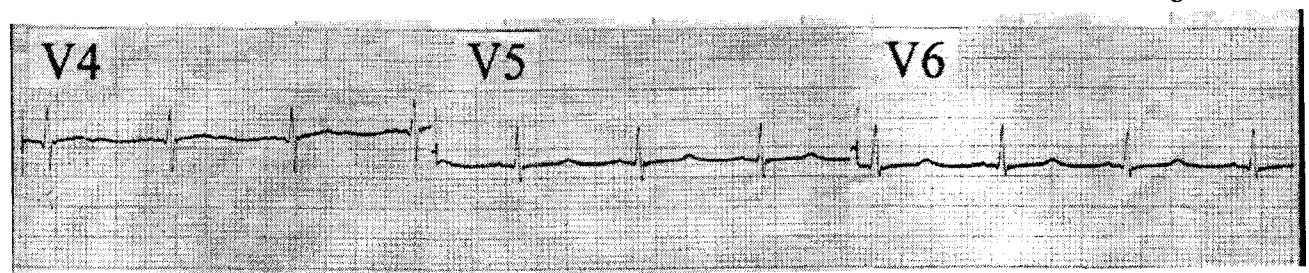


Figura 4

fermedad coronaria aguda en presencia de un bloqueo de rama izquierda se basan en el descubrimiento de alteraciones en el ST-T que son evidentes a pesar del defecto de conducción. Patrones diagnósticos que se describen a continuación y que constituyen algunos de los criterios electrocardiográficos que tienen un valor independiente en el diagnóstico de infarto agudo del miocardio en presencia de BCRIHH: (5)

- Elevación del segmento ST igual o mayor a 1 mm. en presencia de un complejo QRS positivo.
- Depresión del segmento ST igual o mayor de 1 mm. en las derivaciones V1, V2 o V3.
- Y elevación del segmento ST igual o mayor de 5 mm. en presencia de un QRS negativo. (3)

Estos patrones pueden ocurrir ya sea con infarto anterior o inferior. La aparente mayor sensibilidad de varios criterios electrocardiográficos para localización de infarto anteroseptal pueden ser más referidos a grandes extensiones de daño miocárdico que a la especificidad de un criterio electrocardiográfico en particular. (4)

Finalmente, tenga también presente que estos hallazgos electrocardiográficos pueden estar asociados a otras causas de BCRIHH intermitente que incluyen:

- Defectos intraventriculares de conducción dependientes de frecuencia.
- Complejos anchos intermitentes asociados a síndromes de preexcitación (Wolff-Parkinson-White). (2)

Situaciones que no corresponden al caso clínico presentado.

Con lo anterior, estimado lector recuerde:

- La ausencia de dolor no descarta enfermedad coronaria aguda, especialmente en pacientes diabéticos.
- Hasta que no demuestre lo contrario, todo BCRIHH de aparición nueva e intermitente, se debe considerar signo de isquemia.
- BCRIHH intermitente en evento coronario agudo, puede señalar enfermedad grave y compromiso de arteria descendente anterior.

REFERENCIAS

1. **Chou TC.** Electrocardiography in clinical practice. W.B. Saunders company, 1996, pp 75,80.
2. **Hancock EW.** Intermittent wide complexes in a preoperative ECG. *Hosp Practice* 1997;32:11:29.
3. **Sgarbossa EB, Pinski SL, Barbagelata A, et al.** Electrocardiographic diagnosis of evolving acute myocardial infarction in the presence of left bundle-branch block. *N Engl J Med* 1996;334:481-7.
4. **Wackers FJTh.** The diagnosis of myocardial infarction in the presence of left bundle branch block. *Cardiology Clin* 5:393, 1987.
5. **Wellens HJJ.** Editorial. Acute myocardial infarction and left bundle branch block - Can we lift the veil? *N Engl J Med* 1996;334:528-9.