

BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR FUNCIONAL SINTOMÁTICO EN JOVEN DEPORTISTA

DELGADO, Tomás Orlando Leonel; RUIZ, Isaias Ariel; CASSERÁ, Enzo; BEJAS, Nicolas; ANSONNAUD, Germán Darío

Centro Privado de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Argentina

INTRODUCCIÓN

El bloqueo auriculoventricular funcional (BAVCF) por disfunción autonómica (DA) o acción vagal es una causa transitoria poco común de presíncope en pacientes jóvenes. Se presenta la cardioneuroablación como alternativa terapéutica al primoimplante de marcapasos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años, sin factores de riesgo ni antecedentes cardiovasculares, deportista, que durante la actividad física presenta mareos, palidez, sudoración profusa y astenia, que lo obliga a detener la misma y presenta recuperación en reposo. Al examen físico no presentaba particularidades, frecuencia cardíaca (FC) de 75 lat/min, tensión arterial de 110/90 mmHg, ruidos cardíacos normofonéticos sin soplos. Al realizar ECG durante su admisión se logra capturar un segmento con Bloqueo Auriculoventricular (BAV) de segundo grado Tipo Wenckebach (Figura 1).

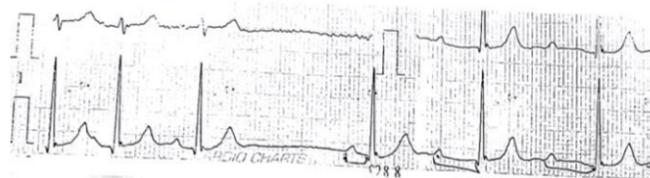


Figura 1. Bloqueo Auriculoventricular Tipo Wenckebach

Al ingreso a Unidad Coronaria se observaron múltiples episodios de BAV de alto grado asintomáticos alcanzando una frecuencia cardíaca

mínima de 17 lat/min (Figura 2), que minutos posteriores no volvieron a presentarse, sin necesidad de administrar cronotrópicos.

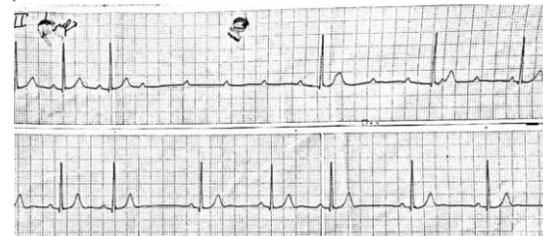


Figura 2. Bloqueo Auriculoventricular de Alto Grado

Se realizó ecocardiograma que demostró diámetros, grosor y motilidad del ventrículo izquierdo conservados, con FEVI normal, sin valvulopatías, además prueba ergométrica graduada bajo protocolo Astrand, suficiente y detenida a 1500 kgm (14.2 METS) por fatiga muscular, con FC máxima de 92%, sin angor, alteración del ST, con ausencia de arritmias y respuesta cronotrópica adecuada.

Bajo la sospecha de BAVCF, se realizó Estudio Electrofisiológico (EEF) bajo el sistema de estimulación de Pachón *et al.* el cual consiste en protocolos de estimulación y mediciones basales (Figura 3), y luego administrando Atropina para verificar mejoría en tiempos de conducción (Tabla 1).



Figura 3. Periodo Anterógrado del Nodo AV Basal

	Basal	Post Atropina
FC (lat/min)	80	103
Intervalo AH (mseg)	112	78
Intervalo HV (mseg)	39	39
PWA (mseg)	490	370
Intervalo RR (mseg)	663	700
TRNS 600 (mseg)	1078	1068
TRNS 500 (mseg)	1010	1008
TRNS 400 (mseg)	1049	985

Tabla 1. Mediciones en EEF pre y post administración de Atropina

CONCLUSIÓN

La DA transitoria es causa de bradicardia y BAVCF. A pesar de tener función cardíaca normal, estos pacientes son sumamente sintomáticos y refractarios a diversos tratamientos. Múltiples estudios demostraron un gran numero de fibras parasimpáticas eferentes y ganglios autonómicos que rodean el nódulo sinusal y nodo auriculoventricular (NAV), como así también alrededor de las venas pulmonares, seno coronario, vena cava y venas yugulares (Figura 4). Una alternativa al implante de dispositivos es la ablación por radiofrecuencia, que busca reducir el tono autonómico y su impacto sobre el NAV.

Figura 4. Posicionamiento del catéter de estimulación vagal a nivel de vena yugular interna izquierda (Ablación como tratamiento de una bradicardia sintomática. Primera experiencia Argentina)

