



6041-2. RASGOS DIFERENCIALES DEL BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA CON EJE IZQUIERDO. ¿PUEDE CONSIDERARSE UNA ENTIDAD APARTE?

Amanda Leandro Barros, Juan Carlos Díaz Polanco, Teresa Romero Delgado, Alberto García Lledo, Juan-María de Alba Montero, Gema Ballesteros Jiménez, Vanesa Bonilla Jiménez, Ernesto-Javier G. Pérez-Velasco, Eva García Romo, Javier García Segovia, Azucena Sanz Barrio, Jeny Gómez Delgado, Miguel-Ángel Longás Tejero, Francisco Luquero Bachiller, Virginia Ponz Mir y Alberto Travieso González

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Existe controversia relativa a la trascendencia clínica de la desviación del eje hacia la izquierda (DEI) en pacientes con bloqueo de rama izquierda del haz de His (BRI), y algunos autores la ha considerado como una entidad diferenciada. El objetivo de este trabajo es analizar las posibles diferencias clínicas y fisiopatológicas entre el BRI con eje normal (BRI-EN) y el BRI-DEI.

Métodos: De manera prospectiva, durante un periodo de 12 meses, se han identificado todos los pacientes con BRI remitidos por vez primera a un laboratorio de ecocardiografía de un único centro. Con el fin de no incluir ensanchamientos del QRS debidos exclusivamente a hipertrofia ventricular izquierda (HVI), se consideró como verdadero BRI la existencia de un QRS mayor de 130 ms en mujeres y 140 ms en varones, con imagen de deflexión negativa terminal en V1 y muescas o empastamiento del QRS en al menos 2 derivaciones de entre I, aVL, V1, V2, V5 o V6. Se consideró DEI la existencia de un eje izquierdo entre -30 y -90 grados. Por su efecto sobre el eje se excluyó a los pacientes con infarto, cirugía cardiaca previa e hipertensión pulmonar. Por el protocolo clínico de nuestro centro para el estudio del BRI, todos los casos debían disponer de un estudio para descartar la existencia de cardiopatía isquémica, ya fuera un cateterismo cardiaco o un ecocardiograma de stress.

Resultados: Durante el periodo de reclutamiento se recibieron 121 casos con diagnóstico inicial de BRI, de los que 17 se rechazaron por presentar un QRS por debajo de los criterios fijados. De los 104 restantes, 3 tenían eje derecho, 22 habían tenido un infarto, 14 tenían hipertensión pulmonar y 9 se habían sometido a cirugía cardiaca. La muestra final fue de 56 casos, 42 BRI-EN, y 12 BRI-EI. La tabla muestra datos clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos básicos de los pacientes incluidos.

Características de los pacientes, para el grupo global y según la presencia o ausencia de eje izquierdo

	Todos los BRI	BRI-EN	BRI-DEI	Significación estadística*
Casos	56	42	12	

Sexo masculino	57%	62%	43%	p = 0,175
Edad	71 ± 15 años	68 ± 17 años	76 ± 7 años	p = 0,06
HTA	82%	81%	85,7%	p = 0,52
Cardiopatía isquémica (excluido infarto)	29%	38,1%	0%	p = 0,004**
QRS (anchura)	150 ± 14 ms	149 ± 13 ms	150 ± 15 ms	0,84
QRS. Eje frontal	4 ± 43°	27 ± 27°	-51 ± 12°	0,000**
Espesor parietal (medio)	10,8 ± 2,0 mm	10,4 ± 2,0 mm	11,9 ± 1,9 mm	0,019**
FEVI	48 ± 13%	51 ± 14%	41 ± 9%	0,007**

BRI: bloqueo de rama izquierda. DEI: desviación izquierda del eje. EN: eje normal. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. HTA: hipertensión arterial. *Comparación de BRI-EN frente a BRI-DEI. **Estadísticamente significativo.

Conclusiones: El BRI-DEI tiene características diferenciales con respecto al BRI-EN: afecta de forma mayor a la fracción de eyección y no parece tener relación con la cardiopatía isquémica, en ausencia de infarto. Todo ello apoya la opinión de quienes proponen un mecanismo específico en su génesis y puede explicar una evolución clínica diferente.