

II. ARRITMIAS SEGUN LA AGRUPACION CLINICA Y EVOLUTIVA DE LA CARDIOPATIA CHAGASICA

I y II parte

Dra. Norma D. de Feuillade, Jefa de Departamento de Medicina Interna del Hospital Central de Mendoza, Argentina.

Directora Carrera Médico Cardiólogo, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. Alberto N. Correa, Médico Cardiólogo del Hospital Central de Mendoza, Argentina.

Dr. Roberto L. H. Winter, Jefe de Sección Clínica Cardiológica del Hospital Central de Mendoza, Argentina.

Subdirector de la Carrera de Médico Cardiólogo, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Trabajo realizado en el Hospital Central, Calles Alem y Salta, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se estudian 246 enfermos chagásicos, 183 sintomáticos: grupo A, con ICC (31 %); B, con lipotimias y/o síncope (36 %), y C, con precordias y/o palpitaciones (32,8 %), en un seguimiento de hasta 7 años.

A. Las bradiarritmias y fibrosis miocárdica constituyen factores evolutivos predictivos en el desarrollo de ICC. La ENSA fue de mayor frecuencia estadística que el BAVC en la génesis de las arritmias. El BAVC fue siempre predivisional. La ICC se asoció frecuentemente a BCRD.

B. En el grupo sincopal el BAVC fue doblemente mayor que en la RNSA. El BAVC fue predivisional en 93,3 %. El bloqueo trifascicular, desde que se agregó el PQ largo mostró un predominio evolutivo hacia BAVC de 1 a 2 años y el bifascicular 5 a 7 años hacia trifascicular.

C. El grupo con precordialgia y/o palpitaciones alcanzó alta incidencia de BCRD, 88,8 %, y de extrasístole ventricular, 83,7 %. La patente isquémica fue moderada: 42 %.

D. El grupo asintomático mostró BCRD en 75,8 % con 19,1 % de extrasístole ventricular.

SUMMARY

Two hundred forty six patients with Chagas disease were studied in a follow-up period of seven years. The patients were divided in three groups: A, 31 % had ICC; B, 36 % had lipothymia and or syncope, and C, 32 % had chest pain or palpitations.

A. Bradycardias and areas of scar in myocardium were important factors in predictive evolution of ICC. ENSA is more frequently than BAVC in the genesis of arrhythmias. BAVC was always predivisional. ICC is frequently associated with BRD.

B. The patients in group B had twice frequently BAVC than ENSA. BAVC was predivisional in 92.3 %. Trifascicular block developed to BAVC in the course of one two years. Bifascicular block developed to trifascicular in five or seven years.

C. The patients in group C had high incidence of BRD (88.8 %) and ventricular extrasystolia (83.7 %). The ischemic pattern was associated in 42 %.

D. The asymptomatic group had BCRD in 75.8 % with 19.1 % of ventricular extrasystolia.

I PARTE

OBJETIVOS

El bloqueo bifascicular es un trastorno de conducción de gran incidencia estadística en la miocardiopatía chagásica. Que este bloqueo bifascicular evolucione cronológicamente al trifascicular no es lo común en nuestra experiencia, y como dice Dhingra:⁽¹⁾ "En la mayoría de estos enfermos dicha progresión no se observa, al menos en períodos de seguimientos cortos".

Uno de los objetivos de este trabajo lo constituye precisamente la valoración evolutiva de los bloqueos mono y bifasciculares en un seguimiento variable entre 5 y 7 años y su papel como elemento pronóstico o de identificación para el futuro desarrollo de un BAVC. En la estadística de Hasser⁽²⁾ el índice de progresión del BRD+HBA+hacia BAVC es de 10 %, para Scanlon⁽³⁾ de 13,6-14 % para Mac Anulty.⁽⁴⁾ Estos datos indican el escaso riesgo de progresión del blo-

queo bifascicular a BAVC, proceso que resulta muy lento, 7 años para Ranganathan,⁽⁵⁾ 10 años para Mac Anulty.⁽⁶⁾

Un enfoque para nosotros interesante lo constituye la interpretación del P-R largo agregado al bloqueo fascicular, hecho que Dhingra y Rosen⁽⁷⁾ encuentran asociados a un HV normal en 70 % de casos y 28 % solamente prolongados.

Existe una larga serie de trabajos que muestran una falta de correlación entre el HV y P-R, sugiriendo que un bloqueo fascicular o bifascicular, el P-R largo, como muestran los trabajos de Prubst,⁽⁸⁾ se ven vinculados a una caída en la fracción de eyección por enfermedad miocárdica difusa avanzada. En el presente trabajo hemos analizado el papel del bloqueo fascicular o bifascicular con P-R largo en el desarrollo del BAVC.

Creemos, como dice Oikawa,⁽⁹⁾ que el BAVC predivisional suprahisiano está en la porción penetrante del His y en la *Branching Portion* y que el P-R largo del

bloqueo trifascicular traduce la lesión nodal fundamentalmente. Analizamos estadísticamente estos detalles en la presente muestra.

En lo que respecta a los accesos sincopales, en el enfermo chagásico no hemos realizado análisis de la electrocardiografía dinámica aún, pero Parkinson, Dhingra y De Pascuale⁽⁴⁾ sostienen que los bloqueos bifasciculares no determinan accesos sincopales por BAVC y que el bloqueo de rama con síncope, pero con conducción AV intacta, no implica riesgo de muerte súbita. Analizamos el papel de los bloqueos fasciculares en un grupo de enfermos chagásicos con historia clínica sincopal.

Los enfermos con cardiomegalia y/o insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) tienen un pronóstico más sombrío y constituyen enfermos de alto riesgo. Analizamos la posible correlación o no entre ICC y trastornos fasciculares de conducción. A su vez, ¿la cardiomegalia y la ICC son más frecuentes cuando existen trastornos de conducción?

Se comenta que la extrasístole ventricular es más frecuente en los bloqueos de rama, superioridad que Watanabe⁽⁶⁾ la refiere a una relación 9,8 % para 3,7 % de extrasístole en el grupo testigo sin trastorno de conducción. Tratamos analíticamente esta incidencia.

METODOLOGIA

La muestra comprende un total de 246 enfermos, de los cuales 183 eran sintomáticos y 63 asintomáticos, comprendidos entre los 21 y 55 años de edad y distribuidos según consta en el cuadro I.

Todos eran portadores de enfermedad de Chagas, certificada por dos criterios positivos: test de inmunofluorescencia y reacción de Machado-Guerreiro y no poseían otra enfermedad asociada.

El seguimiento clínico y electrocardiográfico de estos pacientes abarcó un lapso de 5 a 7 años con controles bianuales, se realizaba ECG común y tiras de 1 min. de duración repetidas con 5 a 10 min. de intervalo.

Ecocardiográficamente se buscó el diagnóstico de miocardiopatía congestiva dilatada a través de los criterios a nuestro alcance, en el modo M cavidad de VI dilatada, contractilidad disminuida y alterada, amplitud PP+amplitud septo < 1,2 mm, válvula mitral en doble diamante con aumento de la distancia E-septo, por caída de la fracción de eyección (tracto de salida del VI).

Realizamos así mismo las medidas clásicas referidas a nuestro interés= DDVI (48-52 mm), DSVI (38-33 mm), movimiento septal y pared posterior tracto de salida de VI (32-40 mm), movimiento pared de salida de VI (32-40 mm), movimiento pared posterior y válvula aórtica.

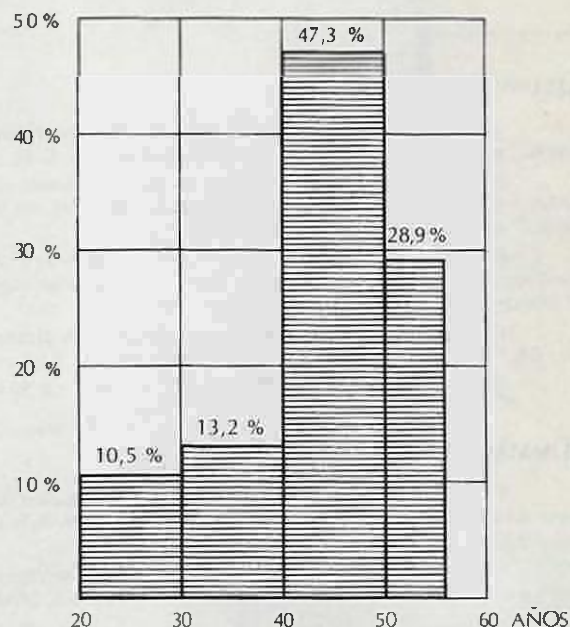
Radiológicamente la cardiomegalia se apreció en base a la relación cardiorádica, con los criterios a que teóricamente se ajusta el método:

- (+), cardiomegalia leve
- (++), cardiomegalia moderada
- (+++), cardiomegalia severa
- (++++), máxima, próxima a la pared costal

En 30 casos se realizó electrocardiografía dinámica por espacio de 24 horas.

CUADRO I
246 enfermos
183 sintomáticos - 63 asintomáticos

Edad en años.....	21-30	31-40	41-50	51-55
Porcentaje.....	10,5	13,2	47,3	28,9
Sexo:				
Femenino.....	47,3 %			
Masculino.....	52,6 %			



I. GRUPO SINTOMATICO

Desde el punto de vista clínico, los enfermos sintomáticos se separan de acuerdo con los tres motivos de consultas:

Grupo A: Pacientes que consultan por síntomas y signos de insuficiencia cardíaca congestiva. Total: 57 casos.

Grupo B: Pacientes que relatan episodios claros de lipotimia y/o síncope. Total: 66 casos.

Grupo C: Enfermos que consultan por precordialgias y/o palpitaciones. Total: 60 casos.

II. GRUPO ASINTOMATICO

El grupo asintomático comprende 63 casos con imagen eléctrica de BCRD, confirmados de origen chagásico.

I. GRUPO SINTOMATICO

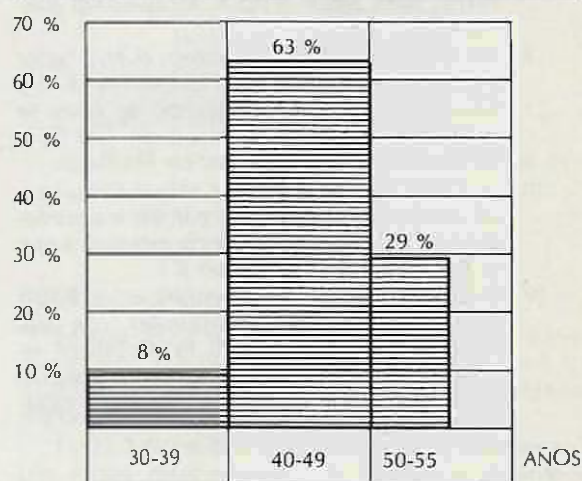
GRUPO A - RESULTADOS

De los 183 enfermos que comprenden la muestra total, 57 ingresaron al servicio con el cuadro de ICC, lo cual representa 31,1 % de ellos (cuadro II):

CUADRO II

ICC EVOLUCION: 5-7 AÑOS (9 casos) (CON MP)			
ICC EVOLUCION: 2-4 AÑOS (48 casos) 84,3 %			
BRADIARRITMIAS: 36 casos (75 %)	T.S.: 9 casos (28,8 %)	T.A. (x 150): 3 casos (6,2 %)	TOTAL: 48 casos
FIBROSIS: 75 %	FIBROSIS: 100 %	FIBROSIS: 0 %	TOTAL FIBROSIS: 58,3 %
BRADIARRITMIAS (36 casos)		BL. FASC. 79,2 % (38 casos)	
BAVC..... 25 %	ARRITMIAS ASOCIADAS		BRD+ HBA 78,9 %
ENSA 75 % (27 casos)	Fibrilación auricular	12,4 %	BRD..... 7,9 %
↓	Extrasístoles auriculares	7,1 %	BRI..... 13,2 %
A)..... RN	Extrasístoles ventriculares	61,3 %	SIN BLOQUEO FASCICULAR 20,8 % (10 casos)
B)..... Br. sinusal severa			
C)..... FAL			

- I. Nueve enfermos desarrollaron su ICC entre 5 a 7 años desde el primer relato de disnea de esfuerzo o grado I. Tenían colocado su MP, con una antigüedad promedio de 3 a 4 años, y registraron frecuencias normales en ese lapso. Setenta y cinco por ciento de ellos mostraron BAVC+HBA, con patente de fibrosis, y 25 % sin bloqueo fascicular ni fibrosis.
- II. Cuarenta y ocho casos evolucionaron su ICC, entre 2 y 4 años, y en 75 % eran bradiarritmias (cuadro II). En 58,3 % los casos mostraban áreas de fibrosis electrocardiográficas anteroseptales (++), anterolaterales (+++) o ambas(++++).
- III. De los 36 casos de bradiarritmias 75 % constituían ENSA, y 25 % restante, ritmo predivisoriales por BAVC.
- IV. Solamente 20,8 % de este grupo no mostró bloqueo fascicular.
- V. Ecocardiográficamente, 87,7 % del grupo A (50 casos) presentaba el síndrome de miocardiopatía congestiva dilatada con signos de presión de fin de diástole y bajo flujo transvalvular. El resto (12,3 %) mostraba aumento muy significativo de DDVI (70-80 mm).
- VI. La distribución de edad en este grupo fue la siguiente (cuadro III):

CUADRO III
71 % < 49 AÑOS

GRUPO A - DISCUSION

- I. Los enfermos que desarrollan el cuadro de ICC a largo plazo (7-12 años desde la primera consulta por disnea de esfuerzo) tenían implantado un MP, desde 3 a 4 años previos, regulando su frecuencia normalmente. Además, este grupo NO mostró áreas de fibrosis en el ECG.
- II. El grupo que evolucionó su insuficiencia cardíaca rápidamente, entre 2 y 4 años, eran bradiaritmicos en 75 % de casos y con áreas

significativas de silencio eléctrico. El pequeño grupo con taquicardia sinusal exteriorizó en el ECG importantes áreas de fibrosis y sólo las TA por fibrilación auricular ($\bar{x}$ 150') descompensaron a los enfermos *per se* sin fibrosis eléctrica.

- III. Se subraya la alta incidencia de ENSA en el desarrollo de bradiarritmias chagásicas; 75 % de ellas comprenden ritmos nodohisianos de rescate (NH), bradicardias sinusales extremas y fibrilaciones auriculares lentas. El BAVC en cambio alcanzó 25 %.
- IV. Todos los BAVC correspondieron topográficamente al ritmo predivisional. A pesar de su origen NH los centros de comando mostraron bajo nivel automático con rango entre 25 y 50 latidos por minuto ($\bar{x}$ 40 x').
- V. Los bloqueos fasciculares, influyen significativamente en el grupo bradiaritmico: 79,2 % con evidente predominio de BRD con HA izq.; en 20,8 % de casos la ICC se desarrolló sin bloqueo fascicular.
- VI. Ecocardiográficamente es típica la patente de miocardiopatía congestiva dilatada.
- VII. Setenta y uno por ciento de los enfermos tenían menos de 49 años.

GRUPO A - CONCLUSIONES

- I. Las bradiarritmias constituyen un factor determinante patogénico en la descompensación hemodinámica evolutiva de este grupo, ya que los enfermos protegidos con MP pese a su mal estado miocárdico, exigieron un lapso mayor para llegar a igual incapacidad funcional.
- II. Las áreas de fibrosis constituyen el otro factor patogénico decisivo en el desarrollo de las ICC. Setenta y cinco por ciento de casos se asociaban a la bradiarritmia, y en 100 %, a los corazones taquicárdicos no fibrilados.
- III. La ENSA en sus diferentes etapas constituye un cuadro de significación patogénica predominante y de mayor frecuencia estadística que el BAVC en este grupo con ICC.
- IV. Es de destacar en esta muestra que los BAVC fueron francamente predivisionales, con baja capacidad automática. Los bradicárdicos sinusales, aun extremos (30 x') tampoco ponían en marcha centro de rescate con mayor capacidad automática.

V. En cuanto a los trastornos de conducción en el sistema fascicular, es clásica la asociación BRD con HBA.

VI. En cuanto al BRD, si bien no muestra vinculación patogénica significativa con la ICC ya que sólo 26,6 % de los BRD de la muestra total desarrollaron ICC, 77,2 %, en cambio, de las ICC tenían BRD. O sea que la ICC es más frecuente con trastornos de conducción asociados.

VII. El ecocardiograma modo M muestra la imagen de miocardiopatía congestiva dilatada.

VIII. La no coexistencia de otra patología asociada, así como la agrupación dominante de la muestra debajo de los 49 años de edad, apoya la responsabilidad patogénica de la enfermedad chagásica en los resultados obtenidos.

II PARTE

En el trabajo anterior (I parte) hemos analizado ya el grupo A de chagásicos por ICC y que integran el cuadro total de la muestra.

Procederemos ahora a examinar el resto de los grupos y recordamos para ello la discriminación metodológica hecha anteriormente:

I. GRUPO SINTOMATICO

A. Pacientes que consultan por síntomas y/o signos de ICC. Total: 57 casos.

B. Pacientes que relatan episodios claros de lipotimia y/o síncope. Total: 66 casos.

C. Pacientes que concurren por precordialgias y/o palpitaciones. Total: 60 casos.

II. GRUPO ASINTOMATICO

Comprenden 63 casos con imagen eléctrica de BCRD de origen chagásico, sin molestia alguna.

Proseguiremos a continuación con el estudio hecho sobre los grupos B y C del conjunto sintomático y el tipo II o grupo asintomático.

GRUPO B - RESULTADOS

De los 183 casos de la muestra, 66, o sea 36 %, consultaron por lipotimia y/o síncope. De ellos (cuadro IV):

CUADRO IV

A) BAVC, TOTAL: 39 casos (59,9 %)

RITMO PREDIVISIONAL: 36 casos (92,3 %)

94,4 %	[Con bloqueo fascicular	[Bloqueo rama derecha + Hemibloqueo anterior Bloqueo rama izquierda	17,1 % 69,1 % 8,1 %	] 86,3 %
5,6 %	[Sin bloqueo fascicular			5,6 %

RITMO IDIOVENTRICULAR: 3 casos (7,7 %)

CUADRO IV (continuación)

B) ENF. NODO SINOAURICULAR: 21 casos (31,8 %)

Con bloqueo rama derecha	(47,5 %)	Fibrilación auricular.....	(28,6 %)
Sin bloqueo fascicular.....	(52,4 %)	Bradicardia sinusal.....	(14,3 %)
		Ritmo nodohisiano.....	(57,1 %)

C) BLOQUEO AV 2°: 6 casos (9,9 %)

Con bloqueo rama derecha	(50 %)	3 casos
Sin bloqueo fascicular.....	(50 %)	3 casos

Total general: Bloqueo rama derecha.....	(75,8 %)
Sin bloqueo fascicular.....	(24,2 %)

ARRITMIAS ASOCIADAS GRUPO TOTAL

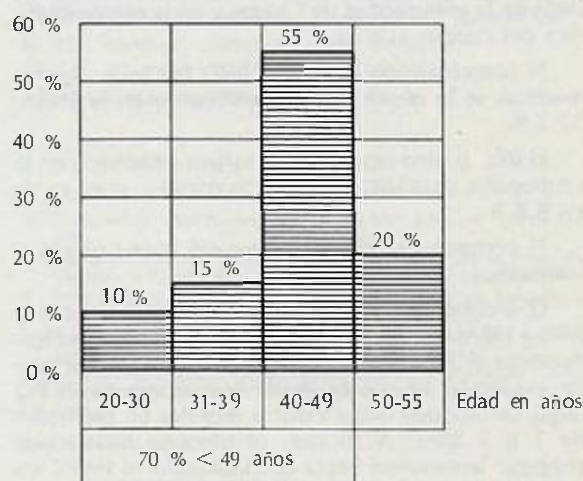
Extrasistolia supraventricular.....	(4 %)
Extrasistolia ventricular.....	(33 %)
F.A.....	(32 %)

- I. Treinta y nueve, o sea 59,9 %, presentaron BAVC, 36 de los cuales (92,3 %) mostraban ritmos predivisionales y solamente 7,7 %, ritmo idioventricular.

De los 36 ECG con ritmo predivisional, los trastornos fasciculares de conducción fueron del orden de 94,4 %, afectando en 86,2 % a la rama derecha.

- II. Veintiún trazados (31,8 %) expresaban una ENSA con trastornos de conducción o no en forma semejante: 47,7 % con BRD y 52,3 % sin alteración de rama.
- III. Con bloqueo AV de 2° se vieron 6 casos (9,9 %) que alteraron la conducción en la rama derecha en 50 % de ellos.
- IV. Del grupo con BAVC y bloqueo fascicular sólo 9 casos fueron detectados en los controles previos con ECG evolutivos de BAV 1° y 2° hasta 3 meses antes.
- V. El grupo con ENSA objetivó que 57,1 % tenía un ritmo NH de rescate; 28,6 %, fibrilación auricular muy lenta, y 14,3 %, bradicardias sinusales extremas.
- VI. El ritmo NH y la FAL fueron precedidos por bradicardias sinusales extremas registradas entre 2 y 3 años previos.
- VII. En la ENSA no se detectó BRI.
- VIII. La incidencia de conducción normal fue de 5,6 % en el BAVC y 52,4 % en la ENSA.
- IX. La frecuencia del MP predivisional fue de 37,4 % latidos por minuto como cifra promedio, con 6 casos entre 20 y 25 latidos por minuto.
- X. Setenta por ciento del grupo tenía menos de 49 años de edad (cuadro V).
- XI. La incidencia general de arritmias mostró 32 % de fibrilación auricular, 33 % de extrasístole ventricular y sólo 4 % de latidos ectópicos auriculares.

CUADRO V

**GRUPO B - DISCUSION**

En este grupo dominó significativamente el BAVC como factor patogénico en relación a ENSA (59,9 %/ 31,8 %), aunque ambas constituyen las dos entidades responsables de las bradiarritmias chagásicas.

En 92,3 % los BAVC afectaron el área nodohisiana con ritmos predivisionales; la incidencia restante a nivel trifascicular es mínima. El ritmo predivisional evolutivo final muestra el trastorno bifascicular de conducción previo, sin cambios. La patología NH sería preferencial como nivel de BAVC, aun siendo simultánea la afectación trifascicular. El P-R largo se vincularía a la patología NH mencionada.

El BAVC sin bloqueo fascicular es de bajo porcentaje (5,6 %), siendo este hecho más relevante en la ENSA (52,4 %). En cambio, 52,4 % de la ENSA desarrollaron severas bradiarritmias, sin trastornos fasciculares.

El bloqueo AV de 1° y 2° figuraron detectados como registro previo en 13,6 %.

El grupo ENSA con ritmo NH o FAL fue precedido en años por bradicardias sinusales extremas.

El BRI debe considerarse como una patología conductiva compatible, aunque no común (8,8 %) con la cardiopatía chagásica. Igualmente la indemnidad del sistema fascicular (5 %).

Por falta de otro factor etiológico y la dominancia de la patología por debajo de los 45 años, se atribuye la génesis del cuadro analizado al factor chagásico.

Resultó significativa la incidencia de fibrilación auricular en este grupo.

GRUPO B - CONCLUSIONES

Las bradiarritmias responsables de síncope y/o lipotimias respondieron patogénicamente al BAVC (59,9 %) y a la ENSA (31,8 %). En las 2 patologías los ritmos de comando mostraron baja capacidad automática. A su vez, el ritmo NH y la FAL fueron precedidos por espacio de 2 a 3 años por bradicardias sinusales extremas.

La ENSA adquiere singular importancia en la patología de la enfermedad de Chagas y en la responsabilidad del cuadro clínico.

El porcentaje de BAVC sin BRD fue bajo: 5,6 %, mientras se lo observó muy significativo en la ENSA: 52,3 %.

El BRI, si bien ocupa poco margen estadístico en la cardiopatía chagásica, debe recordárselo, pues se ve en 8,8 %.

El comando predivisional mostró baja capacidad automática.

El bloqueo trifascicular (27 %) concebido como BRD + HBAI + PQ largo evolucionó más o menos rápidamente al BAVC con ritmo predivisional. El tiempo de evolución se cuenta desde que se agrega el PQ largo, al bloqueo bifascicular y muestra un promedio de 1 a 2 años. A su vez, el bloqueo bifascicular progresó lentamente hacia el trifascicular o BAVC en un lapso de 7 años promedio de evolución.

El síncope tan frecuente se vinculó a la patología del nodo AV.

GRUPO C - RESULTADOS

En 60 casos (32,8 %) los enfermos consultaron por palpitaciones y/o precordialgias.

El ecocardiograma fue siempre normal y la radiografía registró áreas cardíacas normales o muy levemente aumentadas.

Los hallazgos eléctricos discriminaron (cuadro VI):

CUADRO VI

	BCRD	41,5 %	] 75,8 %	] 88,8 %
HBA +	BCRD	23,6 %		
HBP +	BCRD	10,7 %		
	BIRD	13,0 %		
	BCRI	11,2 %		

ARRITMIAS

Extrasístoles ventriculares.	83,7 %
(analizadas con Holter x: 21/minutos)	
Extrasístoles aisladas	36,9 %
Bigeminismo fijo	29,0 %
Parasístolia	10,6 %
T.V. lenta	7,2 %
Colgajos	7,0 %
R./T.	2,3 %
Extrasístoles monofocales	59,3 %
Extrasístoles polifocales	40,7 %

I. En 75,8 % el grupo tenía BCRD, y si se incluye el BIRD, las cifras se elevan a 88,8 %.

II. El BCRI alcanzó 11,2 %.

III. Las extrasístoles tuvieron una incidencia de 83,7 % con un promedio de 21 latidos ectópicos por minuto.

IV. Cualitativamente dominaron las extrasístoles aisladas (36,9 %) y el bigeminismo fijo (29,0 %) y en menor escala aparecen la parasístolia (10,6 %), la T.V. lenta (7,2 %) y los colgajos ectópicos (7,0 %). El fenómeno R./T. se vio en 2,3 %. Estas cifras corresponden a 30 casos analizados con electrocardiografía dinámica en 24 horas.

V. Se equilibró la incidencia entre extrasístoles monofocales (59,3 %) y las polifocales (40,7 %).

VI. La patente isquémica se detectó en un 42,0 %.

GRUPO C - DISCUSION

En el grupo con precordialgias y/o palpitaciones, los resultados sugieren:

La incidencia de trastornos de conducción de rama derecha es altamente significativa (88,8 %), de los cuales 34,3 % eran bifasciculares.

El BCRI se vio sólo en 11,2 %, no obstante lo cual debe aceptarse en el cuadro de diagnóstico eléctrico.

La extrasístole ventricular fue tan frecuente como el BCRD (83,7 %), de modo tal que se reafirma la asociación BRD + extrasístole ventricular como característica eléctrica en esta patología.

La patente isquémica fue moderadamente común (42 %).

GRUPO C - CONCLUSIONES

Se observó la asociación ya conocida de BRD con toda la variedad de extrasístoles ventriculares y en la mitad de los casos se agrega, completando una tríada clásica, la patente isquémica.

Comparativamente, el BRI fue de baja apreciación.

II. GRUPO ASINTOMATICO

RESULTADOS

En un análisis electrocardiográfico de un grupo de trazados con trastornos fasciculares de conducción, se aislaron 63 casos sobre 87, con imagen de BCRD

que los estudios posteriores mostraron ser biológicamente positivos para Chagas. De ellos:

- I. Cuarenta y ocho (76,2 %) eran BCRD aislados y en 28,5 % restante se asociaban a extrasístole ventricular.
- II. Otros 15 casos (23,8 %) presentaron BCRI sin latidos ectópicos.
- III. El total de los 63 casos agregaban patentes isquémicas en 28 % y fibrosis en 19 %.

DISCUSION

Los bloqueos fasciculares fueron predominantemente de rama derecha (76,2 %), pero con 23,8 % de incidencia en la rama izquierda.

La incidencia de extrasístole ventricular sumada al trastorno de rama derecha fue relativamente bajo (28,5 %) y nulo con BCRI.

La incidencia de patente isquémica agregada fue moderada (28 %), lo mismo que la imagen de silencio eléctrico.

CONCLUSIONES

En el grupo asintomático se detecta la tríada clásica BCRD, extrasístole ventricular y patente isquémica con el dominio significativo del BCRD.

BIBLIOGRAFIA

1. Dhirgira, R. C.: "Significado HV en 517 bloqueos bifasciculares crónicos". *Circulación*, 64, 1, 265, 1981.
2. Sonnenblik, E.: "Bloqueo de rama y muerte súbita". *Enf. Card.*, XXI, 3, 217, 1981.
3. Sonnenblik, E.: "BRI con eje a la izquierda". *Enf. Card.*, XXI, 3, 219, 1981.
4. Sonnenblik, E.: "BR y muerte súbita". *Enf. Card.*, XXI, 3, 222, 1981.
5. Sonnenblik, E.: "BR y progresión a BAVC". *Enf. Card.*, XXI, 3, 223, 1981.
6. Sonnenblik, E.: "BR y extrasístoles". *Enf. Card.*, XXI, 3, 218, 1981.
7. Sonnenblik, E.: "Influencia del P-R". *Enf. Card.*, XXI, 3, 226, 1981.
8. Sonnenblik, E.: "Conducción AV progresión HV". *Enf. Card.*, XXI, 3, 228, 1981.
9. Manzur, R. y col.: "Estudio ecocardiográfico de la función ventricular izquierda en la enfermedad de Chagas". *Rev. Fac.*, XI, 2, 83, 1982.
10. Spamini, H. y col.: "Tratamiento de las arritmias de alto riesgo en la cardiopatía chagásica crónica".
11. Yuste, P. y col.: "Ecocardiografía en las miocardiopatías". *Rev. Latina de Cardiología*, 2, 5, 443, 1981.
12. Evequoz, M.C. y col.: "Correlación prueba de esfuerzo graduada y Holter en la detección de extrasístole ventricular chagásica". *Rev. Fac.*, 12, 131, 1983.

El BCRI resultó una forma de representación que debe ser subrayada, sin acompañarse de fenómenos ectópicos.

COMENTARIOS GENERALES SOBRE EL BLOQUEO FASCICULAR

- I. De la muestra total, 75,8 % presentó bloqueo fascicular derecho.
- II. Mostró BCRI 8,1 %.
- III. No ofreció trastornos fasciculares 15,8 %.
- IV. Del total de BCRD, 57,6 % desarrolló BAVC y 42,4 % ICC, asociándose evolutivamente con ambos cuadros.

ABREVIATURAS

- BRD: bloqueo rama derecha.
BAVC: bloqueo AV completo.
DDVI: diámetro diastólico de ventrículo izquierdo.
VI: ventrículo izquierdo.
MP: marcapaso.
NH: nodo hisiano.
BRI: bloqueo rama izquierda.
HBA: hemibloqueo anterior.
ICC: insuficiencia cardíaca congestiva.
DSVI: diámetro sistólico de ventrículo izquierdo.
BCRD: bloqueo completo rama derecha.
ENSA: enfermedad del nodo sinoauricular.
BAV: bloqueo auriculoventricular.