



## Carta al Editor

# Bloqueo de rama “enmascarado”: un diagnóstico electrocardiográfico infrecuente, pero importante

Alexis Lama Toro

Cardiólogo Centro Médico IntregralMédica, Santiago, Chile

Recibido el 30 de marzo 2023 / Aceptado el 31 de marzo 2023

Rev Chil Cardiol 2023; 42: 68-69

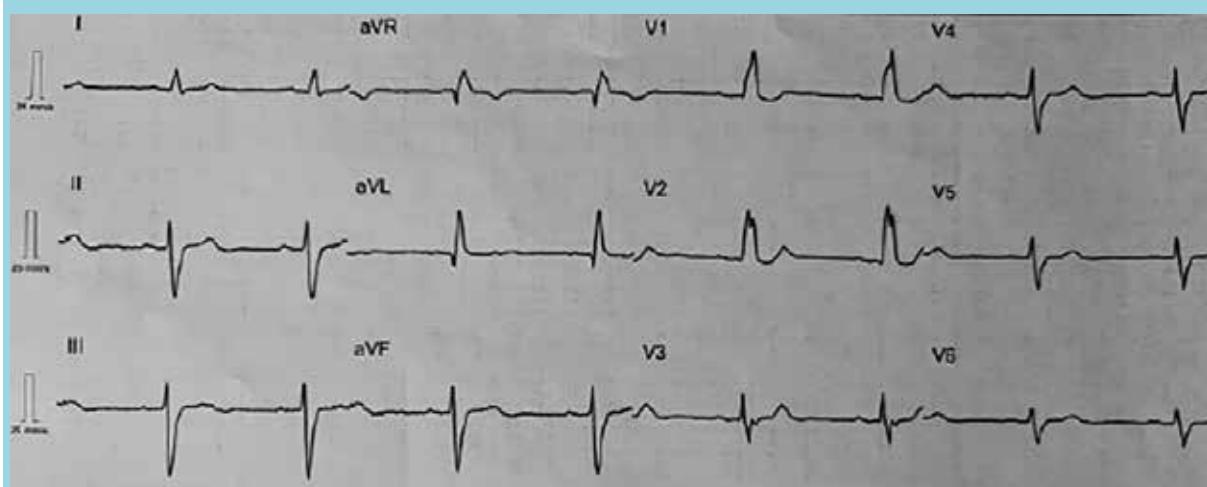
Sr Editor:

El Bloqueo de rama “enmascarado” (BRE), o también llamado “disfrazado”, es un infrecuente, pero importante hallazgo en el electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones. Consiste en la presencia de un bloqueo de rama derecha (BDR) del haz de His, asociado a un bloqueo avanzado del fascículo anterior izquierdo (BFAI). Se reconoce por el patrón de BRD en el plano horizontal, en las precordiales, pero con un patrón en el plano frontal, que asemeja un bloqueo de rama izquierda (BRI). Es el BRE llamado estándar. Existe también otra variedad de bloqueo de rama derecha enmascarado, más raro aún, llamado bloqueo disfrazado en las precordiales, en el cual el patrón de BRI se ve en las precordiales izquier-

das, con ausencia de las típicas ondas S en V5, V6.

El diagnóstico en el ECG de BRE se obtiene por la presencia de ondas R altas y anchas en V1 (patrón de BRD), desviación del eje eléctrico del QRS a izquierda y una onda S inferior a 1 mm o ausente en D1 y ausente en aVL. A veces, puede observarse una pequeña onda r en D1 debido a las fuerzas iniciales del BFAI, que se orientan inferiormente y hacia la derecha (Fig. 1). La ausencia de onda S se atribuye a la compensación de la despolarización tardía de la pared anterosuperior del ventrículo izquierdo por el BFAI de alto grado. Recuérdese, para notar la diferencia, que en el BDR más BFAI clásico hay también un eje eléctrico del QRS a izquierda, pero típicamente se observa siempre una onda

Figura 1



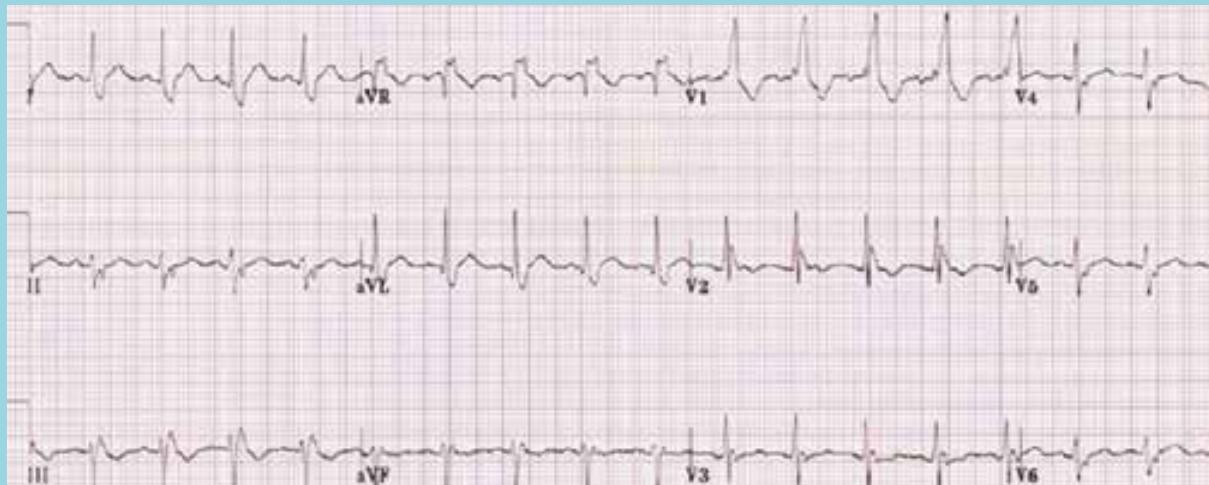
ECG con signos compatibles con BRE, en un hombre de 87 años, operado de aneurisma aórtico. Observe la R alta, ensanchada, mellada en V1, típica del BDR, al igual que la S en precordiales izquierdas. Sin embargo, note la onda S minúscula en D1 y ausencia total de ella en aVL. Además hay un eje eléctrico del QRS desviado a izquierda y un intervalo PR ligeramente prolongado.

### Correspondencia:

Dr. Alexis Lama Toro.  
lamatoro@yahoo.es.



Figura 2



BRD más BFAI clásico. Note la R ancha en VI, el eje eléctrico QRS a la izquierda y la onda S prominente en D1 y aVL.

S de aspecto “empastado” en D1 y aVL (Fig. 2).

La prevalencia de BRE es variable según el tipo de pacientes analizados. Así, en una revisión de 10000 ECGs acumulados durante 12 años, en un departamento de electrocardiografía general, se encontró 16 personas con esta variedad de bloqueo. Sin embargo, en otra búsqueda, realizada en un medio hospitalario cardiológico, en un período de 32 meses, se encontraron 22 casos, la mayoría varones.<sup>2</sup> Otra revisión, de 600.000 electrocardiogramas de una base de datos en un departamento de electrocardiografía, durante 7 años, encontró 25 casos de BRE<sup>3</sup>. El BRE se asocia con frecuencia a edad avanzada, infarto de pared inferior, fibrosis que acompaña a miocardiopatías severas de diverso origen, hipertrofia ventricular

izquierda, mala función ventricular izquierda, degeneración idiopática del sistema excitoconductor. También se le asocia a una alta incidencia de arritmias ventriculares malignas y arritmias supraventriculares, especialmente fibrilación auricular. Su progresión a bloqueo AV completo es mucho más frecuente que en el bloqueo bifascicular clásico (59 % vs 11%)<sup>2</sup>. Se le estima una mortalidad de 41% y necesidad de implantación de marcapaso de 39%, a 4 años<sup>3</sup>.

El BRE se considera una condición de alto riesgo, y aunque raro, se le debe prestar atención debido a su pobre pronóstico<sup>3, 4, 5</sup>, siendo mandatorio el seguimiento estrecho de todo paciente con esta condición, aun cuando estén asintomáticos.

## Referencias:

1. ELIZARI MV, BARANCHUK A, CHIALE PA. Masquerading bundle branch block: a variety of right bundle branch block with left anterior fascicular block. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2013; 11(1):69-75.
2. GÓMEZ JJ, TURÉGANO DS, GARCÍA JC, HIDALGO R, PAVÓN M, BERJILLOS M, et al. Características clínicas y electrocardiográficas del bloqueo bifascicular disfrazado. Rev Esp Cardiol 1997; 50: 92-97.
3. SOUZA TGS, ALMEIDA RL, TARGUETA GP, FELICIONI SP, CERUTTI VB, MP, et al. Masquerading Bundle Branch Block: An Electrocardiographic Marker of Poor Prognosis. Circulation 2015; 132 (10).
4. KAIMOTO S, KAWASAKI T, TANIGUCHI T, KAWASAKI S, KAMITANI T, SUGIHARA H. Masquerading bundle branch block as a marker of poor prognosis. J Cardiol Cases. 2013; 8 (1):e57-e59.
5. DE LA TORRE LM, BARREDA AM, PÉREZ A, LEYVA H, RUIZ M. Bloqueo de rama enmascarado. CorSalud 2020; 12: 342-347.