

Bloqueo atrioventricular de segundo grado tipo 2:1 asociado a bloqueo de rama izquierda del haz de His

Second-degree atrioventricular block type 2:1 associated with left bundle branch block of the His

José Gerardo López-Sáenz^{1,a} , Carlos Quesada-Aguilar^{1,b} 

¹ Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica

² Hospital San Juan de Dios

^a Médico General

^b Médico Especialista en Medicina Interna

Citar como:

López-Sáenz JG, Quesada-Aguilar C. Bloqueo atrioventricular de segundo grado tipo 2:1 asociado a bloqueo de rama izquierda del haz de His. Rev Méd Hered. 2025; 36(3): 264-265. DOI: 10.20453/rmh.v36i3.6312

Recibido: 15/02/2025

Aceptado: 27/06/2025

Correspondencia:

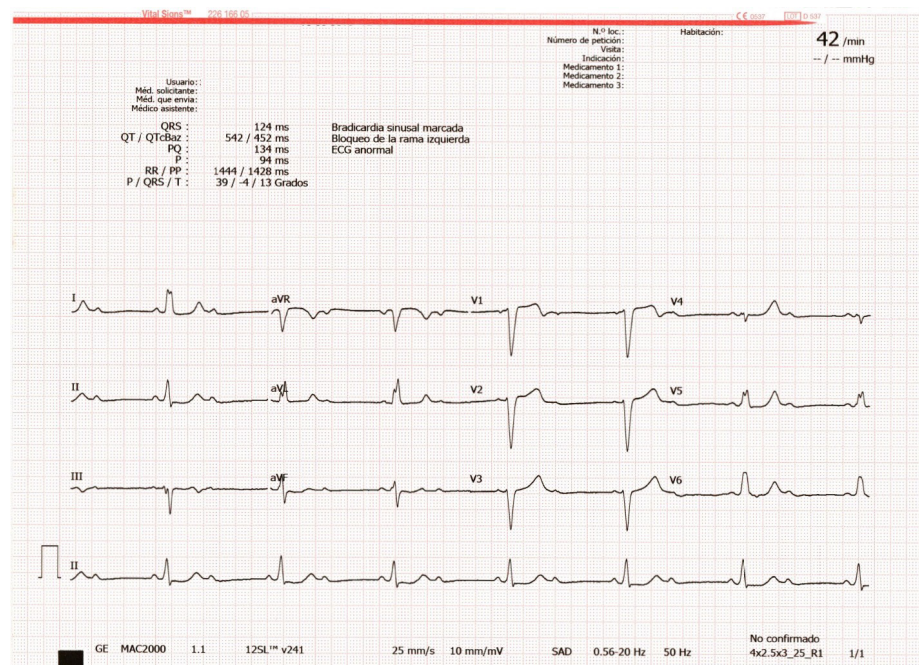
Dr. José Gerardo López Sáenz.
40101, Heredia, Costa Rica.
✉ gerardols93cr@gmail.com



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© Revista Médica Herediana



Mujer de 66 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, consulta por disnea de esfuerzo, dolor torácico opresivo y disnea paroxística nocturna de una semana de evolución. El electrocardiograma de 12 derivaciones mostró una frecuencia ventricular de 42 lpm, eje cardíaco en 0° y conducción auriculoventricular intermitente con un patrón regular 2:1. Se observó un retraso en la conducción intraventricular, con un complejo QRS ancho (124 ms),

onda R empastada y ausencia de ondas Q en I, aVL, V5 y V6. No se evidenciaron signos de isquemia, lesión ni necrosis, y el segmento ST se encontraba sin alteraciones. Las ondas T eran concordantes con la polaridad del QRS. El diagnóstico fue bloqueo auriculoventricular de segundo grado tipo 2:1, asociado a bloqueo completo de rama izquierda. La adecuada interpretación electrocardiográfica permitió un diagnóstico preciso y facilitó una intervención clínica apropiada.

A 66-year-old woman with a history of hypertension and dyslipidemia presented with exertional dyspnea, oppressive chest pain, and paroxysmal nocturnal dyspnea lasting one week. Her 12-lead ECG showed a ventricular rate of 42 beats per minute, a cardiac axis at 0°, and intermittent atrioventricular conduction with a regular 2:1 atrioventricular conduction pattern. There was evidence of intraventricular conduction delay, including a wide QRS complex (124 ms), slurred R wave, and absence of Q waves in leads I, aVL, V5, and V6. No signs of ischemia, injury, or necrosis were present, and the ST segment was unchanged. T waves were concordant with QRS polarity. The diagnosis was second-degree atrioventricular block type 2:1, associated with complete left bundle branch block. Accurate ECG interpretation enabled correct diagnosis and appropriate clinical management.