

Variante rara de bloqueo enmascarado de rama derecha. Presentación de un paciente

Case Report: Rare Variant of Masquerading Right Bundle Branch Block

Dr. Yosleivy Estevez Rubido¹ , Dr. Julio Flavio Ocsa Borda² , Dr. Luis Arturo Zapata Figallo³,
Dr. Mariano Manuel Yañez Cesti⁴

¹ Servicio de Cardiología. Hospital de la Solidaridad. Provincia Sullana. Departamento de Piura. Perú.

² Servicio de Cardiología. Policlínico Meddix. Provincia del Callao. Perú.

³ Servicio de Cardiología. Hospital de Apoyo Minsa II-2 de Sullana. Provincia Sullana. Departamento de Piura. Perú.

⁴ Servicio de Cardiología de la Clínica Santa Rosa. Provincia Sullana. Departamento de Piura. Perú.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 27/08/2023

Aceptado: 28/10/2025

Conflictos de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Categoría del artículo:

Cardiología clínica y factores de riesgo

RESUMEN

El bloqueo de rama enmascarado, también llamado disfrazado, es un patrón electrocardiográfico caracterizado por un bloqueo de rama derecha en derivaciones del plano horizontal asociado a una morfología de bloqueo de rama izquierda en derivaciones del plano frontal. Se manifiesta fundamentalmente en pacientes de edad avanzada y con algunas cardiopatías estructurales. Las principales formas clínicas de presentación son el síncope y la insuficiencia cardíaca. Se presenta un paciente de 73 años de edad con cuadros sincopales en 3 ocasiones, sin síntomas de insuficiencia cardíaca; se observa en el electrocardiograma una variante mixta o global de bloqueo enmascarado de rama derecha con ecocardiograma normal. Se valora la posibilidad de estudio electrofisiológico y terapia de resincronización cardíaca.

PALABRAS CLAVE: Bloqueo enmascarado de rama derecha; electrocardiograma; trastornos de la conducción cardíaca

ABSTRACT

Masquerading bundle branch block, also referred to as disguised bundle branch block, is an electrocardiographic pattern characterized by right bundle branch block in the horizontal plane leads associated with a left bundle branch block morphology in the frontal plane leads. It occurs predominantly in elderly patients and in those with structural heart disease. The main clinical presentations are syncope and heart failure. We present a 73-year-old patient with three syncopal episodes and no symptoms of heart failure. The electrocardiogram revealed a mixed or global variant of masquerading right bundle branch block with a normal echocardiogram. The possibility of an electrophysiological study and cardiac resynchronization therapy was considered.

Keywords: Masquerading right bundle branch block; electrocardiogram; cardiac conduction disorders

INTRODUCCIÓN

Desde inicios del siglo xx hasta la actualidad, se han llevado a cabo diversos estudios para ayudar al entendimiento de la función eléctrica del corazón que incluye los fenómenos de despolarización y repolarización cardíacas: numerosos han sido los descubrimientos en este sentido que han contribuido a tratar sus alteraciones.¹

En el año 1954 Richman y Wolff² hablan por primera vez del bloqueo disfrazado de rama izquierda, al referirse en sus trabajos a aquellos pacientes que, en el electrocardiograma, presentaban un patrón de bloqueo de rama izquierda del haz de His en las derivaciones de miembros, morfología de bloqueo de rama derecha en las precordiales derechas y ausencia o muy pequeña amplitud de onda

S en DI. En el año 1968, Rosembaum y col.³ presentan el postulado de que se trataba, por el contrario, de un bloqueo de rama derecha del haz de His con un hemibloqueo fascicular anterior de alto grado.

En investigaciones posteriores se observó el bloqueo enmascarado de rama derecha del haz de His en pacientes que presentaban algún tipo de miocardiopatía específica, aunque con prevalencias diferentes.^{1,4}

En estos momentos su prevalencia real se desconoce, pero se plantea que es más frecuente encontrar este patrón electrocardiográfico en pacientes de edad avanzada o en aquellos que presentan una cardiopatía estructural como la enfermedad coronaria, la hipertrofia ventricular, la miocardiopatía dilatada, la miocarditis chagásica o la degeneración idiopática del sistema excito-conductor del corazón.^{1,4,5}

El bloqueo de rama enmascarado o disfrazado, como también se le denomina, debe ser interpretado como un estado avanzado de la enfermedad cardíaca y su presencia en el electrocardiograma denota un factor de mal pronóstico al representar un marcado daño o retardo en la conducción intraventricular.⁵

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente de 73 años de edad, del sexo masculino y de piel blanca, con antecedente de hipertensión arterial esencial desde hace 10 años, para lo cual ha llevado varios tratamientos. Actualmente se controla su presión arterial con losartán potásico de 50 miligramos cada 12 horas y amlodipino de 5 miligramos diario.

Refiere el paciente que en el año 2016 presentó un cuadro de pérdida súbita de la conciencia después de una situación laboral estresante, sin darle importancia al mismo. Luego, en el año 2017 de igual forma presentó otro evento de pérdida súbita del conocimiento; al ser llevado al hospital se determinó que el síncope

fue causado por una situación emocional del paciente. Cuando el 11 de junio del 2023 presentó un nuevo síncope, fue llevado nuevamente al hospital y, según refiere el paciente, se constataron frecuencias cardíacas por debajo de 30 latidos por minutos, por lo que se le administró tratamiento con atropina endovenosa en infusión y se recuperó la frecuencia cardíaca 30 minutos después. No se guardó evidencia electrocardiográfica de ninguno de estos eventos clínicos que fueron referidos por el paciente.

Para su seguimiento es valorado en consulta de cardiología, donde se constata una clase funcional I según la New York Heart Association, totalmente asintomático desde el punto de vista cardiovascular y con signos vitales normales. En electrocardiograma (**Figura 1**) se observa un patrón de bloqueo de la rama izquierda del haz de His en el plano frontal, con un bloqueo completo de su rama derecha en el horizontal (en derivaciones precordiales derechas) y nuevamente de bloqueo de su rama izquierda en derivaciones precordiales izquierdas; además se observa un segmento PR largo en 0,22 segundos.

Se le realizó también un ecocardiograma trans-torácico (**Figuras 2 y 3**) en el que se observó que las cavidades cardíacas no estaban dilatadas, se informó la presencia de una hipertrofia concéntrica ligera del ventrículo izquierdo sin obstrucción al tracto de salida, con una disfunción diastólica secundaria a la hipertensión arterial (**Figura 2**). La función sistólica estaba conservada en ambos ventrículos, se observa la del izquierdo en la **figura 3**. El paciente fue derivado para una valoración especializada por electrofisiología con el objetivo de realizar una terapia de resincronización cardíaca, dadas las ventajas que le proporcionaría al paciente. Se le propuso además realizar una coronariografía por tomografía axial computarizada para descartar lesiones coronarias significativas.

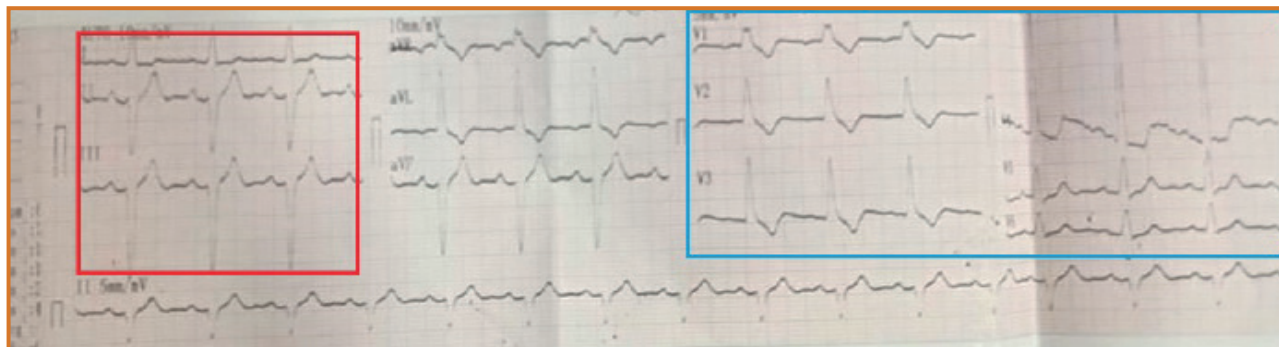


Figura 1. Electrocardiograma del paciente con las 12 derivaciones. Recuadro rojo: Eje eléctrico del complejo QRS a la izquierda. Recuadro azul: Patrón de bloqueo de rama derecha en precordiales.

COMENTARIO

El bloqueo de rama enmascarado, también llamado disfrazado, es un infrecuente, pero importante hallazgo, en el electrocardiograma de 12 derivaciones. El síncope y la insuficiencia cardíaca son las formas habituales de manifestarse, en personas de 60 años o más.⁶

El bloqueo enmascarado de rama derecha se asocia fundamentalmente a la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía hipertensiva, bloqueo aurículo-ventricular de diversos grados, miocarditis chagásica, enfermedad de Lev-Lenegre, fibrilación auricular y estenosis aórtica.^{7,8,9}

Se han reportado cuatro variantes de bloqueo de rama enmascarado en el electrocardiograma. La más frecuente resulta la variante estándar, seguida de la tipo precordial; la tercera forma se asocia con desviación del eje a la derecha en el plano frontal y la cuarta ha sido observada en pacientes con bloqueo aurículoventricular por Carmona Puerta y col.¹⁰ El caso presentado se caracteriza por una variante mixta del bloqueo de rama enmascarado, con el síncope como manifestación clínica, y sin cardiopatías estructurales complejas en el ecocardiograma.

La variante estándar se reconoce por el patrón de bloqueo de rama derecha en el plano horizontal, en las derivaciones precordiales de este, pero con un patrón en el plano frontal que asemeja un bloqueo de rama izquierda. En el electrocardiograma se observa ondas R altas y anchas en V1, desviación del eje eléctrico del complejo QRS a izquierda y una onda S inferior a 1 mm o ausente en D1 y ausente en aVL.

En ocasiones puede observarse una pequeña onda r en D1 debido a las fuerzas iniciales del bloqueo fascicular anterior izquierdo, que se orientan inferiormente y hacia la derecha. Puede verse un segmento PR largo en un número significativo de casos, pero este elemento no es obligatorio para efectuar el diagnóstico.^{8,9,10}

La variante precordial se presenta en menor frecuencia que la forma estándar, el complejo QRS es mayor o igual a 120 milisegundos, con un eje eléctrico en derivaciones frontales desviado a la izquierda, remanentes de onda S en las derivaciones del plano frontal DI y de onda R en DII, fuerzas anteriores prominentes por bloqueo de rama derecha con una configuración del complejo QRS de tipo R o qR. Las derivaciones del plano horizontal (precordiales izquierdas) desde V4 hasta V6 son predominantemente positivas con melladura, muy similar a lo observado en el bloqueo de rama izquierda del haz de His y remanente de onda S en V6 o ausencia total de la misma.^{9,10}

La variante bloqueo de rama enmascarado con desviación del eje a la derecha ha sido poco publicada y se caracteriza por tener en el electrocardiograma un complejo QRS mayor o igual a 120 milisegundos, con un eje eléctrico del complejo QRS en derivaciones del plano frontal en +90°. La presencia de onda S en DI y aVL (derivaciones del plano frontal) sugieren bloqueo de la rama derecha del haz de His, pero existe una configuración monofásica del complejo QRS en DII y DIII como se observa en el bloqueo de la rama izquierda con eje derecho. Se observan fuerzas anteriores prominentes por bloqueo de la rama derecha fundamentalmente, con una configuración del

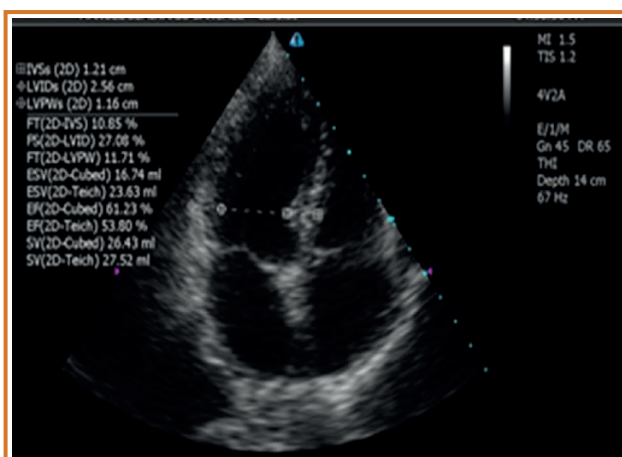


Figura 2. Imagen ecocardiográfica del paciente. Se realizan las mediciones en una vista 4 cámaras apical del ventrículo izquierdo, obsérvese que no hay dilatación y la hipertrofia es ligera.

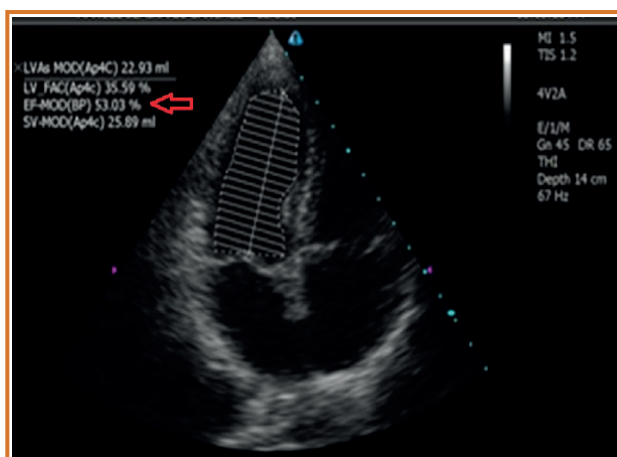


Figura 3. Imagen ecocardiográfica del paciente con el cálculo de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo por el método Simpson modificado.

complejo QRS de tipo R en derivación V1.¹⁰ La cuarta forma de bloqueo de rama enmascarado tipo mixto o global descrita por Carmona Puerta y col.,¹⁰ presenta, en el plano frontal, las características del tipo estándar y, en el plano horizontal, las del tipo precordial; lo que coincide con el electrocardiograma de este caso presentado.

La terapia de resincronización cardíaca ha demostrado su valor en pacientes con insuficiencia cardíaca y bloqueo avanzado de la rama izquierda del haz de His; sin embargo, un importante número de pacientes con bloqueo de la rama derecha han sido tratados con este método.

La revisión actual de la información disponible señala algunas circunstancias donde los pacientes cuyos electrocardiogramas muestran un complejo QRS ancho y patrón de bloqueo de la rama derecha presentan buenas expectativas de responder a la terapia de resincronización cardíaca. Estas pueden resumirse en cinco grupos:

1. Complejo QRS con duración mayor de 150 milisegundos
2. Complejo QRS ancho sin patrón de bloqueo de la rama izquierda asociado a intervalo PR mayor de 230 milisegundos
3. Bloqueo de la rama derecha enmascarado
4. Bloqueo de rama derecha asociado a desviación extrema a la izquierda del eje eléctrico del complejo QRS
5. Confirmación de marcada disincronía mecánica aun cuando no haya un patrón de bloqueo de la rama izquierda.¹¹

Debido a lo antes planteado se estima que el paciente presentado puede beneficiarse más de una terapia de resincronización cardíaca, que solo con el implante de un marcapasos con estimulación del ventrículo derecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Torre-Fonseca LM, Barreda-Pérez AM, Pérez-Fernández A, Leyva-Rivero H, Ruiz-Carmenaty M. Bloqueo de rama enmascarado. CorSalud [Internet]. 2020 [citado 15 ene 2026];12(3):343-347. Disponible en: <https://revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/download/414/1223/3193>
2. Richman JL, Wolff L. The spatial vectorcardiogram in congenital heart disease and right ventricular hypertrophy. Am Heart J. 1955;50(1) 85-99. doi: [10.1016/0002-8703\(55\)90255-6](https://doi.org/10.1016/0002-8703(55)90255-6)
3. Rosenbaum MB, Elizari MV, Lazzari JO. Los hemibloqueos. Argentina: Paidós; 1968.
4. 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. doi: [10.1586/erc.12.142](https://doi.org/10.1586/erc.12.142)
5. Schroder e Souza TG, Almeida RL, Targueta GP, Felicioni SP, Cerutti-Pinto VB, Moretti MP, et al. Masquerading bundle branch block: an electrocardiographic marker of poor prognosis. Circulation 2015;132(suppl_3). doi: [10.1161/circ.132.suppl_3.14845](https://doi.org/10.1161/circ.132.suppl_3.14845)
6. Lama-Toro A. Bloqueo de rama "enmascarado": un diagnóstico electrocardiográfico infrecuente, pero importante. Rev Chil Cardiol. 2023;42(1). doi: [10.4067/S0718-85602023000100068](https://doi.org/10.4067/S0718-85602023000100068)
7. Choudhary D, Namboodiri N, Tharakan JA. A case of 'Masquerading' bundle branch block: a forgotten concept. Indian Heart J. 2013;66(1):139-40. doi: [10.1016/j.ihj.2013.12.025](https://doi.org/10.1016/j.ihj.2013.12.025)
8. Akinyele OA, Balogun MO, Adebayo RA, Olaniyekun OA, Akintomide AO, Williams OT, et al. masquerading bundle branch block in a patient with heart failure in Nigeria. Int Med Case Rep J. 2020;13:105-110. doi: [10.2147/IMCRJ.S237077](https://doi.org/10.2147/IMCRJ.S237077)
9. Jiao Z, Tian Y, Yang X, Liu X. Masquerading bundle branch block as a presenting manifestation of complete atrioventricular block that caused syncope. J Int Med Res. 2017;45(5):1597-1601. doi: [10.1177/0300060517708694](https://doi.org/10.1177/0300060517708694)
10. Carmona Puerta R; Chávez González E; Cruz Elizundia, J M; Castro Torres Y. El bloqueo de rama disfrazado revisitado. Rev Fed Argent Cardiol [Internet]. 2012 [citado 15 ene 2026];41(2):75-79. Disponible en: https://www.academia.edu/download/42341729/2012_Rev_Fed_Arg_Cardiol._El_bloqueo_de_rama_disfrazado_revisitado.pdf
11. Villarroel-Ábrego H, Núñez E, Peralta-Rosado H, Garillo R. Terapia de resincronización cardíaca en presencia de bloqueo de rama derecha o trastornos inespecíficos de la conducción intraventricular. Rev Electro Arritmias [Internet]. 2018 [citado 15 ene 2026];10(1):12-24. Disponible en: https://www.sociedad-sadec.org.ar/wp-content/uploads/2019/01/Villaroel-Abrego_REA_2018.pdf