



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/2249 - CUANDO EL BLOQUEO SUENA... LA CORONARIA NO RIEGA

F. Serna Gea<sup>a</sup>, C. Gracia Díaz<sup>b</sup>, A. Moreno Forte<sup>c</sup>, R. Miñarro García<sup>d</sup>, R. Gambín Follana<sup>e</sup> e I. Marín Cabrera<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almoradí. Alicante. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 53 años. Consulta por dolor centrotorácico, opresivo, irradiado a hombros, de 45 minutos de duración, tras levantar peso mientras trabajaba. AP: HTA. Exfumador desde hace 1 año. Cardiopatía isquémica crónica. Ingresó en 2007, 2013, 2014 y 2016 por angina de esfuerzo; Enzimas cardíacas negativas; ECG con bloqueo completo de rama izquierda sin alteraciones en el ST; cateterismo con colocación de stent en cada uno de los episodios por hallazgo de nuevas lesiones coronarias. Tras cada episodio, ECG normal sin imágenes de bloqueo y ecocardio con FEVI conservada. Exploración: Consciente y orientado, leve sudoración, eupneico, auscultación cardíaca con soplo sistólico panfocal, auscultación pulmonar anodina, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. TA 145/95 mmHg. FC 70 lpm. SatO<sub>2</sub> 98%. T<sup>a</sup> 36,2 °C. ECG: Ritmo sinusal a 70 lpm. Eje desviado a la izquierda. Bloqueo completo de rama izquierda. Sin alteraciones del segmento ST. Onda T negativa en DII, DIII y V6. Se contacta con SAMU y Unidad de Hemodinámica de Alicante. Recomiendan remitir a Urgencias de Hospital para seriar enzimas cardíacas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica: troponinas < 0,02. CK 59. Creatinina 0,97. Iones, perfil hepático, hemograma, coagulación y orina normal. Rx abdomen: normal. Valorado por UCI. Ante estabilidad hemodinámica y enzimas cardíacas negativas, recomienda ingreso en Cardiología. Durante el ingreso se realizó: Ecocardio: HVI moderada. FEVI normal. Ecocardio de esfuerzo: detenida por agotamiento a una FC 128 lpm. Clínica y mecánicamente negativa, eléctricamente no valorable. Estudio electrofisiológico: conducción nodo AV normal. Bloqueo completo rama izquierda. Cateterismo: Enfermedad coronaria grave 1 vaso (IVP). Dominancia derecha. TCI sin lesiones. No reestenosis de stents. ACTP de IVP implantando stent farmacológico. Posteriormente en ECG de control desaparece imagen de bloqueo.

**Juicio clínico:** Angina de esfuerzo.

**Diagnóstico diferencial:** Costocondritis. Dolor mecánico neuromuscular.

**Comentario final:** Interpretar cambios en ECG ante dolores torácicos, no solo los segmentos u ondas T, sino también aparición de bloqueos de rama, aún en ausencia de datos analíticos que muestren daño cardíaco.

## **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 4ª ed. 2010.
2. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias, 4ª ed. 2012.

**Palabras clave:** Bloqueo rama izquierda. Angina. Esfuerzo.