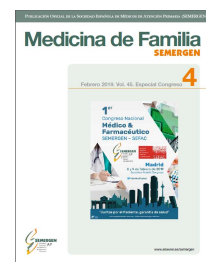




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 411/49 - LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

A. Fernández Gómez<sup>1</sup>, A. Martínez Asensio<sup>1</sup>, M. Guerrero Muñoz<sup>2</sup>, X. Martínez Regada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Santa Eulalia. Barcelona. <sup>2</sup>Medicina de Familiar y Comunitaria. CAP Amadeu Torner. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 78 años. AP: DM2 a tratamiento con antidiabéticos orales. Ateromatosis carotídea. Hipotiroidismo subclínico. Diverticulosis. Colitis isquémica. IQ: herniorrafia inguinal derecha. Tratamiento habitual: omeprazol, ácido acetilsalicílico, metformina, gliclazida. Acude a consulta por hiposfagma en ojo izquierdo de 2 días de evolución. Niega dolor ocular, déficit visual, cefalea, u otra clínica de interés. Durante la exploración física y toma de constantes se constata bradicardia de manera casual (TA 152/70; FC 38 lpm), por lo que se realiza ECG en el que se observa bloqueo aurículoventricular 2:1 con bloqueo de rama derecha y hemibloqueo antero-superior. Reinterrogamos al paciente que niega episodios sincopales, inestabilidad cefálica, dolor torácico, disnea u otra clínica. Derivamos al paciente a Urgencias Hospitalarias para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente y orientado en las 3 esferas. Normocoloreado, normohidratado, normoperfundido. AC: tonos cardíacos rítmicos sin soplos audibles. Bradicardia. No ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular. AR: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no defensa ni peritonismo. EEII: No edemas ni signos de TVP. Pulsos periféricos presentes y simétricos. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm con BAV 2:1 bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterosuperior. Radiografía de tórax: Marco óseo conservado. No infiltrados ni condensaciones. Senos costofrénicos libres. ICT < 0,5. Analítica sanguínea: equilibrio ácido-base venoso conservado. Función renal y hepática conservada. Bioquímica sin alteraciones. Ionograma conservado. Hemograma sin alteraciones.

**Orientación diagnóstica:** Trastorno avanzado de la conducción aurículoventricular.

**Diagnóstico diferencial:** Bradicardia farmacológica. Hipotiroidismo. Bradicardia fisiológica (atletas). Enfermedad cardíaca infiltrativa.

**Comentario final:** Se decide ingreso en servicio de Cardiología para implantación de marcapasos con estimulación bicameral.

### Bibliografía

Pardo Fresno M, Fernández Barbeira S, González Bermúdez I. Valoración y manejar de las Bradicardias en urgencias de Atención Primaria.

Vogler J, et al. Bradiarritmias y bloqueos de la conducción. Rev Esp Cardiol. 2012;65(7):656-67.

Pascual Izco M, Rodríguez Muñoz D, Zamorano Gómez L. Protocolo diagnóstico de las bradiarritmias. 2017;12:2293-4.

**Palabras clave:** Bradicardia. Marcapasos. Bloqueo aurículoventricular.