



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1008 - DISNEA A PEQUEÑOS ESFUERZOS

I. Hordiyenko^a, E. Hengesbach Barios^a, G. Mascaró Crusat^b, A. Rufach García^c, X. Lázaro Navarro^a y J. Ros Baro^o

^aMédico de Familia. EAP Moià. Barcelona. ^bMédico de Familia. EAP Castell Terçol. Barcelona. ^cMédico Pediatra. ABS Vall del Ges. Osona. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 57 años de edad, fumador de 5 cigarrillos al día, niega consumo actual de alcohol (hábito enólico importante previo) sin antecedentes patológicos de interés y sin tratamiento habitual viene a nuestro centro de atención primaria por disnea de esfuerzo de meses de evolución acompañado de malestar epigástrico y mareo sin clara progresión de la clínica. No presenta síntomas en reposo. No síncope ni palpitaciones.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar: normal. Saturación basal de oxígeno 97%. Tensión arterial 123/75. Bradicardia grave de 37 pulsaciones por minuto. En el electrocardiograma (ECG) destacamos un bloqueo auriculoventricular de tercer grado por lo se deriva al paciente a urgencias hospitalarias. En el hospital se confirma el bloqueo auriculoventricular completo con ritmo de escape a 35 latidos por minuto. El ECG después de perfusión intravenosa de Aleudrina[®] (Isoprenalina sulfato) muestra un bloqueo auriculoventricular 2:1 con frecuencia ventricular de 45 latidos por minuto. Hemograma y bioquímica sin alteraciones significativas. Radiografía de tórax muestra un patrón intersticial bilateral. Ecocardiograma: con ventrículo izquierdo de tamaño y función normales. Aurícula izquierda no dilatada. Planos valvulares sin alteraciones. Cavidades derechas no dilatadas con función conservada. Sin derrame pericárdico. En ausencia de medicación, trastorno iónico ni metabólico que justifique la bradiarritmia se decide implantar un marcapasos vía vena axilar izquierda. El ECG y radiografía posterior muestran marcapasos correctamente posicionado y funcionando.

Juicio clínico: Varón de 57 años fumador activo y exbebedor enólico importante que ingresa por bloqueo auriculoventricular completo sintomático en forma de disnea y mareo de esfuerzo. Llama la atención que la clínica es de meses de evolución y sin progresión de la misma se haya detectado el bloqueo auriculoventricular completo ahora (al parecer había consultado previamente a su médico de familia sin documentarse la bradicardia).

Diagnóstico diferencial: Angina de pecho, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, patrón intersticial pulmonar, cardiopatía estructural.

Comentario final: Es relevante tener en cuenta la importancia de una anamnesis y exploración física sistemática y protocolizada, seguimiento clínico cercano para descubrir la patología cardiovascular.

Bibliografía

1. Bradiarritmias y bloqueos de la conducción. Rev Esp Cardiol. 2012;65:656-67.

Palabras clave: Bradiarritmia. Bloqueo auriculoventricular completo.