



216/55 - SÍNCOPE CON BLOQUEO TRIFASCICULAR EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

C. de la Hoz Regules^a, C. Cayón de las Cuevas^b, C. Fleitas Quintero^c, F.J. Álvarez Álvarez^d, S.R. Castro Prieto^e y S. Crespo González^f

^aMédico de Familia. CS Suances. Cantabria. ^bMédico de Familia. CS Sardinero. Cantabria. ^cMédico de Familia. SUAP Mataporquera Los Valles. Cantabria. ^dMédico de Familia. CS Nansa. Servicio Cántabro de Salud. ^eMédico de Familia. CS Selaya. Cantabria. ^fMédico de Familia. CS Nueva Montaña. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Presentamos el caso de una mujer de 58 años, hipertensa, que consulta nuestro servicio de urgencias de atención primaria por episodio sincopal y taquicardia supraventricular (TPSV) a 160 latidos/min (LPM), mal tolerada clínicamente. Fue remitido al Hospital de Referencia, donde se realizó una reversión farmacológica con éxito ingresando en cardiología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destacaban como datos positivos, la presencia de leves crepitantes de base, un soplo eyectivo leve en foco pulmonar y un segundo ruido desdoblado fijo a la auscultación cardíaca. Electrocardiograma (ECG): TPSV a 160 LPM, tras adenosina revierte a ritmo sinusal, el ECG posterior mostró un P-R de 240 mseg + bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior. La analítica incluyendo hormonas tiroideas fue normal. Rx de tórax: plétora pulmonar con crecimiento de aurícula y ventrículo derecho. El ecocardiograma mostraba un aumento marcado de cavidades derechas (aurícula y ventrículo) con un gran defecto del septum interauricular próximo al ventrículo, el ecocardiograma transesofágico y la resonancia cardiaca confirmaron la presencia de una comunicación interauricular (CIA) ostium primum (OP) de 42 × 33 mm con flujo predominante izquierda-derecha con leve hipertensión pulmonar (HAP) con un Qp/Qs > 2,2. Fue intervenida quirúrgicamente procediéndose al cierre del defecto con éxito.

Juicio clínico: Síncope con taquicardia supraventricular, como debut de manifestación de cardiopatía estructural congénita.

Diagnóstico diferencial: Síncope por trastorno de la conducción. Síncope por Flutter auricular.

Comentario final: Las CIAs son unas de las anomalías congénitas cardíacas más frecuentes, representan el 10% de las cardiopatías congénitas y del 22-40% de las cardiopatías congénitas del adulto, a pesar de ello muchas veces pasan desapercibidas. Se caracterizan, por un defecto del septum interauricular, permitiendo al retorno venoso pulmonar pasar desde la aurícula izquierda a la aurícula derecha (AD) provocando una dilatación de AD y ventrículo derecho, dicho crecimiento depende del tamaño del shunt. La malformación puede cursar asintomática durante años y a veces

su semiología en la exploración física es escasa. Los síntomas aparecen con la edad, presentando clínica en forma de disnea de esfuerzo como consecuencias de la HAP, taquiarritmias auriculares en el 90% de los pacientes a la edad de 40 años. El ecocardiograma determina el tamaño del defecto, su localización, la repercusión hemodinámica del shunt izquierda/derecha, el desarrollo de HAP y la decisión de reparar y la forma de hacerlo. Nuestro caso, es una muestra de una paciente asintomática durante años, que la presencia de un síncope con TPSV puso de manifiesto la presencia de una cardiopatía congénita estructural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. St. Louis: WB Saunders; 2011.
2. Saxena A, Divekar A, Soni NR. Natural history of secundum atrial septal defect revisited in the era of transcatheter closure. Indian Heart J. 2005;57:35-8.
3. Huang X, Shen J, Huang Y. En face view of atrial septal defect by two-dimensional transthoracic echocardiography: comparison to real-time three-dimensional transesophageal echocardiography. J Am Soc Echocardiogr. 2010;23:714-21.