



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2848 - ¿ARRITMIAS QUE ASUSTAN?

H. Pujol Giro^a, A. Pleted^b, S. Gandía López^c y L. Cantos Casalta^a

^aMédico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponça. Illes Balears.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Santa Ponça. Illes Balears. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Calviá. Illes Balears.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años de edad, sin hábitos tóxicos ni FRCV conocidos, con antecedentes de microlitiasis renales, que acude a Urgencias del Centro de Salud por epigastralgia urente que irradia hacia región centrotorácica de 10h de evolución, de inicio postprandial, acompañado de varios vómitos biliosos, sin otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable y afebril. Nauseoso y sudoroso. Abdomen: blando y depresible sin megalias. Dolor a la palpación en epigastrio sin signos de peritonismo. Murphy negativo. Peristaltismo conservado. Puñopercusión lumbar bilateral negativa. ECG: bloqueo AV 2º grado tipo Mobitz II avanzado (PR 160ms constante pero algunas ondas P no conducen), QRS estrecho, sin alteraciones agudas en la repolarización (no ECG previos para comparar).

Orientación diagnóstica: Dolor torácico/epigástrico a estudio. Bloqueo AV segundo grado Mobitz II desconocido.

Diagnóstico diferencial: El bloqueo AV 2º grado Mobitz II puede ser idiopático o reversible (isquemia miocárdica; IAM inferior, cardiomiopatía; amiloidosis, sarcoidosis..., miocarditis; enfermedad de Lyme, hiperpotasemia, hipervagotonía, farmacológicas; bloqueadores del nodo AV, poscirugía cardíaca).

Comentario final: Se inició tratamiento con analgesia y se trasladó al hospital con ambulancia medicalizada ya que presentaba una arritmia grave con mal pronóstico. Se realizó analítica de sangre con perfil digestivo, iones y troponinas que fue normal, Rx de tórax y abdominal anodinas. Tras administración de analgesia se objetivó un espaciamiento de las pausas. Ingresó en Cardiología, donde tras la resolución del dolor abdominal, el bloqueo revirtió a ritmo sinusal de forma permanente. ETT y ergometría sin hallazgos patológicos. Diagnóstico al alta: bloqueo AV 2º grado Mobitz II secundario a hipervagotonía en contexto de gastritis aguda. Este caso muestra una posible causa reversible de bloqueo Mobitz II, con un tratamiento muy distinto y unas consecuencias menos graves respecto a la mayoría de causas de dicha arritmia.

Bibliografía

1. Vogler J, Breithardt G, Eckardt L. Bradíarritmias y bloqueos de la conducción. Puesta al día: Arritmias (VII). Rev Esp Cardiol. 2012;65(7):656-67.
2. Sauer WH. Second degree atrioventricular block: Mobitz type II. UpToDate, 2018.

Palabras clave: Bloqueo AV 2º grado tipo Mobitz II. Hipervagotonía.