



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/104 - HALLAZGO SORPRENDENTE EN UNA EXPLORACIÓN RUTINARIA

M. Seco Calderón^a, C.A. Reyes Mateo^b, M. Rubio Revuelta^b, N. Guelai^c, A. García-Lago Sierra^c, B. Martínez Sanz^d, A.M. González Pedraja^e, M.M. San Emeterio Barragán^f, A. Vázquez Sánchez^g y M.A. Albarracín Castillo^h

^aMédico de Familia. CS Dávila. Cantabria. ^bMédico de Familia. Sistema Cántabro de Salud. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^eFEA Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^fMédico de Familia. SUAP Agüera. Cantabria. ^gMédico de Familia. Urgencias. Hospital Sierrallana. Cantabria. ^hMédico de Familia. CS Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años sin antecedentes personales ni familiares de interés salvo tabaquismo activo (fumador de 20 cigarrillos/día). Encontrándose asintomático, acude a la consulta de atención primaria animado por su entorno familiar para revisión rutinaria ya que desde hacía más de 9 años no acudía al médico. En la exploración se detecta FC de 55 lpm y al realizar ECG se objetiva bloqueo aurículo-ventricular (BAV) completo por lo que se deriva al servicio de urgencias hospitalarias. Tras realizar las pruebas complementarias pertinentes se le implanta marcapasos y stent en arteria coronaria derecha. En el momento actual el paciente se encuentra antiagregado con buena evolución y abstinencia tabáquica.

Exploración y pruebas complementarias: TA 110/60 mmHg, FC: 55 lpm, AC: rítmica sin soplos, AP: MVC. Abdomen: normal, no edemas en extremidades. Hemograma: Hb: 13,2 g/dL, VCM 100 fL, Bioquímica: troponina 0,31 ng/mL, dímero D: 1.105 ng/mL. ECG: BAV completo con escape con QRS estrecho a 42 lpm, Rx tórax: normal. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo con fracción de eyección normal e hipoquinesia inferoposterior medio basal. Estudio hemodinámico: obstrucción de arteria coronaria derecha.

Juicio clínico: BAV completo asintomático en el seno de infarto agudo de miocardio sin elevación ST inferior.

Diagnóstico diferencial: Bradicardia sinusal, paro sinusal, ritmo nodal, enfermedad del seno, bloqueo aurículo-ventricular de primer grado y segundo grado (Mobitz I y Mobitz II).

Comentario final: en el BAV completo se produce una interrupción total de la conducción aurículo-ventricular (AV), provocando una desconexión eléctrica entre aurículas y ventrículos, por lo que se despolarizan independientemente. Las causas incluyen esclerosis del sistema de conducción, cardiopatía isquémica, fármacos (beta-bloqueantes, digoxina, diltiazem, verapamilo), enfermedades valvulares, poscirugía cardíaca, cardiopatías congénitas o BAV congénito. El procedimiento diagnóstico es similar al que utilizamos en cualquier otra patología, y consiste en la realización de una adecuada historia clínica, exploración física y, posteriormente, las pruebas complementarias

necesarias, en este caso, fundamentalmente el electrocardiograma. Los bloqueos completos o de tercer grado no suelen responder a los medicamentos y el único tratamiento efectivo es la implantación de un marcapasos. La excepcionalidad del caso se centra en que nuestro paciente se encontraba asintomático, llamando la atención únicamente la presencia de bradicardia sin causa justificada. Esto destaca la importancia de una correcta anamnesis y exploración física ante datos inesperados permitiendo detectar posibles patologías como en este caso y evitar así complicaciones derivadas de un diagnóstico inapropiado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singh SM, FitzGerald G, Yan AT, et al. High-grade atrioventricular block in acute coronary syndromes: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. *Eur Heart J*. 2015;36:976.
2. Levine SA, Miller H, Penton GB. Some clinical features of complete heart block. *Circulation*. 1956;13:801.