

Insuficiencia cardíaca en paciente con bloqueo aurículo-ventricular

C. López-García

Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara. España.

Se presenta el caso de un paciente hipertenso que consulta por disnea de una semana de evolución. La exploración física y radiológica muestra datos de insuficiencia cardíaca. El electrocardiograma revela bloqueo aurículo-ventricular de segundo grado. El caso ilustra cómo los trastornos de conducción aurículo-ventricular son causa, no infrecuente, de insuficiencia cardíaca y la importancia del electrocardiograma en el diagnóstico del paciente con disnea.

Palabras clave: bloqueo aurículo-ventricular, insuficiencia cardíaca, Wenckebach.

We present the case of a patient with hypertension and dyspnea of one week of evolution. Physical examination and chest X-ray showed heart failure. The electrocardiogram showed second degree AV block. This case illustrates how AV disturbances may be a common cause of heart failure and the relevance of the electrocardiogram for the diagnosis of patients with dyspnea.

Key words: atrio-ventricular block, heart failure, Wenckebach.

INTRODUCCIÓN

En el diagnóstico diferencial del paciente con disnea se incluye la insuficiencia cardíaca. Entre las causas etiológicas de insuficiencia cardíaca se encuentran los trastornos del ritmo cardíaco, tanto taquicardias como bradicardias¹⁻³. El bloqueo aurículo-ventricular (AV) avanzado suele asociarse a mareo o síncope, sin embargo, frecuentemente se olvida que también puede manifestarse como astenia o disnea, como en el caso que presentamos.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 69 años de edad diagnosticado 5 años antes de hipertensión arterial que controla adecuadamente con 25 mg diarios de hidroclorotiazida. No refiere otros antecedentes personales o familiares de interés. Acude a la consulta porque desde hace dos semanas refiere cuadro de astenia y disnea con la actividad física habitual. No refiere disnea en reposo, dolor torácico o palpitaciones. En la exploración física la tensión arterial sistólica es de 150 mmHg

y la diastólica de 90 mmHg. La presión venosa yugular es normal (2,5 cm por encima del ángulo de Louis). La auscultación cardíaca es rítmica a 44 latidos por minuto (lpm) con algún extratono. No se auscultan soplos. La auscultación pulmonar muestra estertores finos en ambas bases pulmonares. La palpación del abdomen es normal. No presenta edemas en las extremidades inferiores. Se realizó un electrocardiograma (fig. 1) que muestra un ritmo sinusal de base a 75 lpm con un bloqueo AV; de segundo grado; en parte del trazado el bloqueo es 2:1 y en otros es un bloqueo AV de segundo grado tipo Wenckebach. La radiografía de tórax (fig. 2) muestra una silueta cardíaca normal con un índice cardio-torácico (ICT) normal. Existe un infiltrado intersticial predominante en hemitórax derecho, con visualización de la cisura menor y pinzamiento del seno costofrénico derecho compatible todo ello con insuficiencia cardíaca. Con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca y bloqueo AV de segundo grado el paciente fue remitido al Servicio de Urgencias del hospital, donde ingresa. Se realizó un hemograma, bioquímica sanguínea y un ecocardiograma que fueron normales. En la monitorización continua se puso de manifiesto que presentaba bloqueo AV alternando bloqueo AV de segundo grado 2:1 y Wenckebach, como en nuestro electrocardiograma y fases de bloqueo AV más avanzado Mobitz II. Finalmente se implantó un marcapaso definitivo.

Correspondencia: C. López-García.
Centro de Salud Juan de Austria.
Avda. Juan de Austria, 39.
28805 Alcalá de Henares. Madrid.
Correo electrónico: celiaa23@telefonica.net

Recibido el 21-08-06; aceptado para su publicación el 19-12-06.

Figura 1. Electrocardiograma de 12 derivaciones que muestra ritmo sinusal con fases de bloqueo aurículo-ventricular (AV) 2:1 (flechas grandes) y fases de bloqueo AV de segundo grado tipo Wenckebach, en el que se aprecia prolongación de I segmento PR antes de la onda p bloqueada (flechas pequeñas).

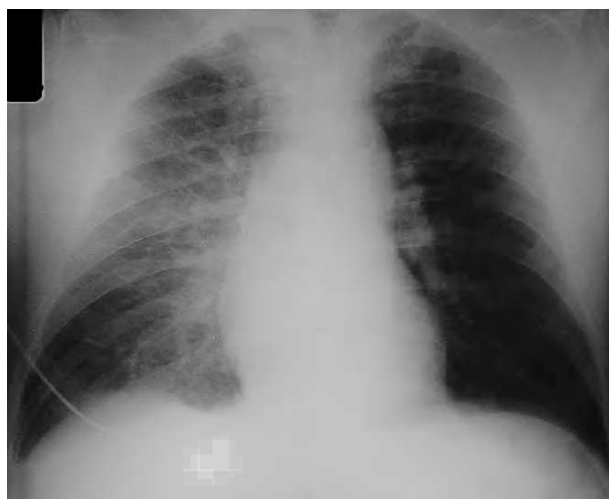


Figura 2. Radiografía de tórax en la que se observa silueta cardíaca normal con un ICT conservado. Existe un infiltrado intersticial predominante en hemitórax derecho, con visualización de la cisura menor y pinzamiento del seno costofrénico derecho.

DISCUSIÓN

Los trastornos de conducción AV de segundo grado Mobitz II o de tercer grado suelen localizarse distalmente al haz de His, y se acompañan de ritmos de escape generados en el sistema de Purkinje. Se reconocen en el electrocardiograma por la anchura del QRS, ser muy lentos e incluso por presentar episodios de asistolia de unos segundos de duración. La sintomatología asociada a este tipo de bloqueos es, generalmente, en forma de mareos o síncope^{4,5}. Sin embar-

go, los bloqueos de segundo grado tipo Mobitz I (Wenckebach) y menos frecuentemente los Mobitz II, suelen localizarse proximalmente al haz de His. En este tipo de bloqueos la pérdida de captura AV es intermitente y los episodios de asistolia son raros, por lo que no suelen presentarse síncope. En cualquiera de estos bloqueos una frecuencia cardíaca lenta mantenida indefinidamente puede conducir a una reducción del gasto cardíaco por pérdida de la sincronía AV, que se manifestará en forma de astenia y que en ocasiones puede llevar al paciente a desarrollar disnea de esfuerzo por insuficiencia cardíaca, como en el caso que presentamos. Debe sospecharse la posibilidad de un bloqueo AV en pacientes mayores que refieren astenia o disnea de esfuerzo, y en los que la exploración revela una frecuencia cardíaca lenta, incluso en ausencia de otros síntomas como mareos o síncope. En estos casos el electrocardiograma resulta una herramienta fundamental para el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- Francis GS. Pathophysiology of the heart failure clinical syndrome. En: Topol EJ, editor. Textbook of Cardiovascular Medicine. Philadelphia: Lippincott Raven; 1998. p. 2183.
- Juncadella García E, Vilardell Tarrés M. Patología cardiovascular. En: Martín Zurro A, editor. Atención Primaria. 5ª ed. Vol. II. Madrid: Elsevier; 2003. p. 984-5.
- Plana Andrés C, Estellés C. Pulso lento. En: Guía de actuación en Atención Primaria. Barcelona: SEMFyC; 1998. p. 414-6.
- Sanz GA. Arritmias cardíacas. En: Farreras Rozman, editor. Medicina Interna. 11ª ed. Doyma; 1988. p. 459-86.
- Olgin JE, Zipes DP. Specific arrhythmias: diagnosis and treatment. En: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, editors. Braunwald's Heart Disease. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 853-7.