



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/192 - LA IMPORTANCIA DEL ELECTROCARDIOGRAMA

C. Arina Cordeu¹, S. Sáez Jiménez¹, M. Martínez Zabala¹, C. Ágreda Liroz¹, A. Sesma Gorostidi¹, P. Monfort Gil¹

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años de edad con antecedentes de dislipemia en tratamiento con atorvastatina 20 mg al día, sin otros antecedentes de interés. Acude a consulta de atención primaria por presentar dolor centro torácico de tipo opresivo, sin irradiación, mientras caminaba por la calle, con desaparición con el reposo tras 1-2 minutos de duración. Además, refiere disnea de medianos esfuerzos desde hace dos meses. No palpitaciones. No aumento de edemas en extremidades inferiores ni disminución de diuresis. No fiebre ni otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: TAS 139 mmHg. TAD 84 mmHg. FC 68 lpm. T^a 36,8 °C. Sat O₂ 98%. No presenta soplos carotídeos ni aumento de la presión venosa yugular. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Extremidades: pulsos pedios simétricos. No edemas ni signos trombosis venosa profunda. Exploración neurológica normal. En atención primaria se realiza electrocardiograma en el que se evidencia un ritmo sinusal con un bloqueo completo de rama izquierda (BCRIHH) no conocido previamente, sin otras alteraciones en la repolarización. Ante la clínica presentada y los hallazgos del electrocardiograma, se traslada al servicio de urgencias. Se realiza radiografía de tórax que pone de manifiesto un índice cardiotorácico aumentado de tamaño. Analítica con péptido natriurético tipo B (BNP) de 1.827 pg/ml, resto de parámetros dentro de rango normal. Con estos resultados ingresa en la planta de cardiología para completar el estudio. En el ecocardiograma se objetiva miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular sistólica moderada-grave (FEVI 35%). Se realiza una resonancia magnética en la que se confirma la dilatación del ventrículo izquierdo, se observa en las fases tardías realce subendocárdico en el segmento inferolateral basal que indica necrosis subendocárdica. Se realiza una coronariografía que descarta lesiones angiográficas. Se inicia tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 mg diarios, carvedilol 6,25 mg al día, losartán 50 mg diarios y furosemida 40 mg medio comprimido en desayuno. Se da de alta tras estabilización de su situación clínica. Actualmente en seguimiento en consultas externas de cardiología para valorar terapia de resincronización cardiaca.

Juicio clínico: Bloqueo de rama izquierda de nueva aparición. Insuficiencia cardiaca aguda con FEVI reducida secundaria a miocardiopatía dilatada no isquémica.

Diagnóstico diferencial: Algunas de las entidades que hay que descartar ante el hallazgo de un BCRIHH son: insuficiencia cardiaca congestiva aguda, infarto agudo de miocardio, pericarditis o miocarditis aguda, traumatismo cardiaco agudo, valvulopatías, marcapasos.

Comentario final: El electrocardiograma es una de las pruebas complementarias de fácil alcance en atención primaria. Dicho caso clínico ilustra la frecuente asociación de los trastornos de conducción intraventricular,

particularmente del BCRIHH, con la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, en este caso secundaria a una miocardiopatía dilatada. Cuando el bloqueo de rama sea un hallazgo casual, sin clínica, se debe hacer seguimiento y valorar la derivación a consulta de cardiología. Si son sintomáticos, se debe derivar al servicio de urgencias hospitalarias para descartar patologías graves asociadas. Por tanto, la anamnesis, exploración física y electrocardiograma nos van a servir para orientar nuestro diagnóstico y actuación a seguir.

Bibliografía

Sánchez Ramón S, Moya de la Calle M. Bloqueos de rama. AMF. 2011;7(2):103-8.

De Victoria Fernández B, Abadía Ruber V. Insuficiencia cardíaca en varón joven. FMC. 2018;25(8):463-6.

Villegas García M, Jaulent Huertas L, Gimeno Blanes JR. Miocardiopatías. FMC. 2013;20(4):191-203.