Semergen. 2019;45(Espec Congr 10):49

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

415/67 - BENDITA CASUALIDAD

S. Zarza Martínez[1], C. Carrillo Martínez[2], S. Álvarez López[3], B. Párraga Vico[3]

[1]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar II. Ciudad Real.[2]Servicio de Enfermería. GAI Alcázar de San Juan. Ciudad Real. [3]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Madridejos. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años. Alergia a pirazolonas. Niega hábitos tóxicos. Hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, cefalea tipo migraña, en tratamiento con atorvastatina 40 mg cada 24 horas y olmesartán 20 mg cada 24 horas. Acude a consulta por disnea y dolor centrotorácico opresivo no irradiado de 2 meses de evolución, que al principio se desencadenaba con moderados esfuerzos y ahora es de mínimos esfuerzos. Sensación de mareo ocasional sin síncope ni giro de objetos. No tos ni expectoración. No fiebre. No cortejo vegetativo en los episodios. No refiere otra clínica. Tras la exploración y realización de electrocardiograma, se deriva a Servicio de Urgencias Hospitalario donde la ingresan para estudio a cargo de Cardiología.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 36,2 ^{o}C, TA 153/82, FC 72 lpm, SatO2 95%. Auscultación cardíaca: rítmica a 70 lpm, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Miembros inferiores: no edemas. Pulsos pedíos palpables y simétricos. No signos de trombosis venosa profunda. Neurológica: sin focalidad. Sin alteraciones significativas. ECG (Centro de Salud): ritmo sinusal a 72 lpm. T aplanada en aVL y V1. No otras alteraciones. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Analítica: sin alteraciones significativas, incluyendo gasometría arterial. Durante el ingreso, en el cual el ecocardiograma y espirometría fueron normales, avisa por nuevo episodio, realizándose en ese momento ECG con la objetivación de bloqueo auriculoventricular 2:1 con FC a 48 lpm. En el ingreso se implanta marcapasos definitivo sin complicaciones, y consiguiendo que la paciente quede asintomática.

Juicio clínico: Bloqueo auriculoventricular 2:1.

Diagnóstico diferencial: Angina de esfuerzo, insuficiencia cardíaca izquierda, patología respiratoria tipo asma, ansiedad.

Comentario final: En este caso podemos observar la necesidad de presenciar los episodios clínicos de los pacientes, ya que si la paciente no hubiese avisado en ese momento del nuevo episodio, no se le hubiese realizado el ECG diagnóstico y se hubiese dado de alta con revisión en consulta sin tratamiento, presentando nuevos episodios, con las limitaciones que conlleva. La etiología de esta patología es el infarto anteroseptal y la cirugía cardíaca, pudiéndose desencadenar por fármacos o aparecer de forma idiopática, como es el caso de la paciente en cuestión, y el único tratamiento es el implante de marcapasos.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de octubre, 8ª ed. Madrid: MSD. 2016.

Palabras clave: Disnea. Dolor torácico. Bloqueo auriculoventricular.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.