



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

## 387/39 - BLOQUEO AV COMPLETO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

J. Sánchez Ceña<sup>1</sup>, B. Carballo Rodríguez<sup>1</sup>, I. Cabrera Rubio<sup>1</sup>, M. Cea Gómez<sup>2</sup>, M. Martín Nicolau<sup>3</sup>, S. Díaz-Salazar de la Flor<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Ignacio. Bilbao. Vizcaya. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 64 años, obesa y dislipemia en tratamiento con atorvastatina. Actualmente en lista de espera para cirugía de prótesis de rodilla derecha. Acude a su centro de salud por mareos y ortostatismo desde hace 48 horas asociando disnea de reposo. Despues de ser valorada inicialmente se decide derivar a Urgencias Hospitalarias en ambulancia medicalizada para la realización de pruebas complementarias y tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 170/95 FC 30 Saturación O2 (vmk 35%) 90%. FR 25. EF anodina, únicamente a destacar la taquipnea y ligero aumento PVY. EEII con datos de insuficiencia venosa crónica. Bioquímica, hemograma y coagulación normales. A destacar troponina I de 0,30 ng/ml. Gasometría arterial: pH 7,34, PO2 65 mmHg, PCO2 29 mmHg, HCO3 20. ECG: bloqueo AV completo a 30 lpm. BRDHH (bloqueo de rama derecha del Haz de His). Rx tórax: sin signos de sobrecarga hídrica ni condensaciones. Ecocardiograma: función ventricular izquierda normal. Ventrículo derecho dilatado con disfunción grave. Resto anodino. AngioTAC arterias pulmonares: defectos de repleción en tronco de la arteria pulmonar, así como en ambas arterias pulmonares principales compatible con TEP agudo.

**Juicio clínico:** TEP agudo bilateral. Bloqueo AV completo transitorio secundario.

**Diagnóstico diferencial:** BAV completo e insuficiencia cardíaca izquierda descompensada secundaria.

**Comentario final:** El TEP es una entidad a menudo difícil de diagnosticar. Ante la presencia de síntomas como la disnea súbita, el síncope o la presencia de dolor torácico en pacientes con el antecedente de inmovilidad prolongada, insuficiencia venosa crónica, neoplasias, embarazo o toma de anticonceptivos; nos han de hacer sospechar en el tromboembolismo pulmonar. Se han descrito varias alteraciones electrocardiográficas asociadas al TEP, entre ellas la taquicardia sinusal, el patrón S1Q3T3, el BRDHH y en menos de 5% el bloqueo AV completo. En el caso que se presenta, con el tratamiento anticoagulante la paciente mejoró progresivamente y recuperó su ritmo sinusal normal no siendo necesaria la implantación de marcapasos definitivo por parte del servicio de Cardiología.

### Bibliografía

Dalen JE. Pulmonary embolism: what have we learned since Virchow? Natural history, pathophysiology, and diagnosis. *Chest*. 2002;122:1440-56.

Marten K, Engelke C, Funke M, Obenauer S, Baum F, Grabbe E. ECG-gated multislice spiral CT for diagnosis of acute pulmonary embolism. *Clin Radiol*. 2003;58:862-8.