



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2084 - Vengo a tomarme la tensión

A. Arias Rosario<sup>a</sup>, M.C. Gutiérrez Herrero<sup>b</sup>, R. Navarro Fernández<sup>c</sup>, A.M. González González<sup>b</sup>, A.A. Moronta de la Cruz<sup>d</sup>, V.M. Baez Pimentel<sup>d</sup>, S. Méndez Desena<sup>d</sup>, D. Rosario Lapaix<sup>e</sup>, A.N. Romero García<sup>f</sup> y J.L. Compére<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Condesa. León. <sup>c</sup>Enfermera. Centro de Salud Condesa. León. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. <sup>f</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. <sup>g</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 73 años con antecedentes personales de HTA, DL, Hiperuricemia. Acude a la consulta de enfermería para control de TA, donde se aprecia una frecuencia cardiaca de 35 lpm, por lo que se consulta con el MAP se solicita un ECG se objetiva un ritmo sinusal con un foco de escape de la unión a 32 lpm, bloqueo sino-auricular con pausas R-R de 1,9 seg, con hemibloqueo anterior izquierdo. Asintomático dice días previos se había notado sin fuerza, por lo que se deriva al servicio de urgencia. Visto en ese servicio siendo alta hospitalaria, Derivado a consulta de cardiología.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, asintomático desde el punto de vista cardiovascular, Auscultación cardiaca: Rítmico a 45 lpm no soplos, Analíticas normales. ECG: Ritmo sinusal a 65 lpm. PR190 msec. QRS estrecho con eje a -30º, no alteración de la repolarización. Extrasístoles supraventriculares aislada. Rx tórax: cardiomegalia. Holter: se objetivan pausas de hasta 6,6 seg por pasos sinusal, 15 pausas de más de 5 seg y bradicardia sinusal de hasta 27 lpm con extrasístoles ventriculares y supraventriculares frecuentes con 6 rechas de TSV. Ecocardiograma: ligera dilatación de AI y VI con FEVI conservada. Angio-TAC aorta: aumento hematoma y mínima burbujas en región supraclavicular izquierda.

**Juicio clínico:** Disfunción sinusal tipo paro sinusales.

**Diagnóstico diferencial:** Hipotiroidismo, hipotermia, hipoxia, hiperpotasemia, brucelosis.

**Comentario final:** DNS es una de las principales causas de implantación de marcapasos, aparte del bloqueo AV. En general, es un trastorno crónico y progresivo, se produce principalmente en ancianos, con una incidencia que aumenta al doble entre la quinta y la sexta década de la vida y alcanza un máximo en la séptima y la octava década. Aunque no disponemos de cifras exactas de incidencia de la DNS, se estima que se da en 150 a 200 pacientes por millón de habitantes. Las posibles manifestaciones electrocardiográficas son Bradicardia sinusal persistente. Pausas o paradas sinusales, Bloqueo de salida senoauricular. Incompetencia cronotrópica. Taquicardia auricular (incluidos la fibrilación auricular y el aleteo o flutter auricular) y el Síndrome de bradicardia-taquicardia.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Mion G, Rousseau JM, Selcer D, Samama CM. Am J Emerg Med. 2014;1016-22.

2. Adán V, Crown LA. Diagnosis and treatment of sick sinus syndrome. 2003, p. 1725-32.
3. Harrison: Principios de Medicina Interna. 18<sup>a</sup> edición. Madrid: McGraw-Hill Inc; 2012., p. 1981-8.