



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/892 - Estoy muy mareada y con las pulsaciones lentas

N.E. Terrero Ledesma^a, R.M. Acosta Mercedes^a, M. Prado Coste^b, M. Azorín Ras^c, N.D. Guerrero Lugo^d, C. Crespo Cotilla^e y R. Muñoz Sánchez-Villacañas^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Hospital Perpetuo Socorro. Albacete. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Residencia Zona IV. Albacete. ^dResidente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castro Viejo. Hospital la Paz. Albacete. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Zona IV. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 44 años, con clínica durante tres meses de sensación de mareo y bradicardia. Un único cuadro sincopal al inicio del cuadro, le realizan un ECG en el centro de salud, que la paciente refiere como normal, es tratada con Dogmatil y su MAP le retira el sumial que llevaba para la TA, con escasa mejoría, durante el último mes, estaba más asténica, con empeoramiento importante de la clínica la última semana, por lo que decide acudir a urgencias. Niega náuseas, ni vómitos, no cortejo vegetativo, no dolor torácico. Antecedentes patológicos: HTA. DLP. Vértigos de repetición.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 130/90. FC: 50-60. ECG al inicio del cuadro en el CS normal. BEG. no dolor torácico, AC: rítmica, SS II/VI foco paraesternal izquierdo. MI: edemas crónicos. A su llegada a observación de Urgencias: TA: FC: 50 l/min. ECG: bloqueo completo AV de 3^{er} grado. Rx de tórax: normal. Analítica: normal. ECG al alta: RS con captura ventricular completa a 60 l/min. BRI.

Juicio clínico: Bloqueo AV completo de 3^{er} grado.

Diagnóstico diferencial: Normal en atletas. Fármacos. Síndrome de bloqueo sinusal. Bloqueo auriculoventricular, Hipotiroidismo. Aumento de la presión intracraneal (reflejo de Cushing). Reflejo del vago. Isquemia del miocardio con alteración de la arteria coronaria derecha. Enfermedad cardíaca infiltrativa.

Comentario final: Se le mantuvo la FC entre 50-60 l/min con aleudrina y se ingreso en cardiología para poner marcapaso bicameral, definitivo. La clínica de mareo es muy frecuente, sobre todo en la temporada de verano muy calurosa, las causas más frecuentes de la bradicardia en adultos no atletas es como efectos secundarios a fármacos, como el caso expuesto, la actitud del médico de familia al inicio de cuadro, fue la correcta, de hace un ECG que es una prueba que tenemos a mano y retirar el betabloqueante, pero, probablemente se falló en el seguimiento si la clínica persistía, había que replantearse el diagnóstico y volver a hacer una valoración general, en el caso del empeoramiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hanley K, O'Dowd T, Considine N. A systematic review of vertigo in primary care. Br J Gen Pract. 2001;51(469):666-71.

2. Castellano C, Pérez de Juan MA, Attie F. *Electrocardiografía Clínica*, 2^a ed. Madrid: Elsevier España S.A.; 2004.
3. Goldberger A, Goldberger Z, Schvilkin A. *Clinical Electrocardiography: A Simplified Approach*, 7th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006.
4. Rubart M, Zipes DP. Arrhythmias, sudden death and syncope. En: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes D, eds. *Braunwald's Heart Disease*. Filadelfia: Saunders Elsevier; 2008. p. 909-21.