



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3607 - ASTENIA: DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS

L. Alli Alonso^a, I. Mantiñan Vivanco^b, N. Santos Méndez^c, E. Lino Montenegro^d, M. Carlos González^e y J. Cepeda Blanco^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ^fMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 80 años que consulta por cuadro de una semana de astenia progresiva. Ha presentado durante este periodo de tiempo dos episodios de mareo con sudoración profusa; uno estando en la huerta, y otro durante la noche tras levantarse de la cama. Niega síncope, pero se vio obligado a sentarse en el suelo por falta de equilibrio. No dolor torácico ni palpitaciones. No disnea ni síntomas de insuficiencia cardíaca. Como antecedente, recientemente se ha añadido a su tratamiento espironolactona. Es exfumador de 45 paq-año. HTA, DM2, DLP. ERC 3bA1 (FG 40, Cr 1,53). EPOC. Dudosa fibrilación auricular (2009) iniciando Sintrom y amiodarona. Valorado posteriormente por Cardiología, cambian Sintrom por AAS por obtener continuamente ECGs en ritmo sinusal. Claudicación intermitente. Tratamiento: manidipino; espironolactona; valsartán + hidroclorotiazida; atorvastatina; Symbicort; metformina; amiodarona; AAS 100 mg.

Exploración y pruebas complementarias: T^a = 35,6 °C. TA = 135/84 mmHg. FC = 25 lpm. FR = 18 rpm. SATO2 = 99%. BEG. CyOx3 NHNCNP. Eupneico en reposo. Aumento moderado de la PVY. ACP: Rítmico, lento, a 30 lpm. MVC, con algún sibilante espiratorio. Abdomen: anodino. MMII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios presentes y simétricos. Hb = 11,3 (previa 12), leucocitos = 8.100, plaquetas = 225.000. Glucosa = 143, urea = 119, Cr = 2,63, Na = 137, K = 6,8, FG = 22, troponina = 0,02. Gasometría venosa = acidosis metabólica con pH = 7,26, HCO3 = 16. ECG = rítmico sin ondas P, a 25 lpm, sin alteraciones en repolarización.

Juicio clínico: ACxFA bloqueada en el contexto de hiperpotasemia + acidosis metabólica secundarias a insuficiencia renal crónica reagudizada.

Diagnóstico diferencial: AcxFA lenta, bloqueo auriculoventricular, enfermedad nodo sinusal.

Comentario final: Cuando el nodo sinusal falla y no conduce estímulo cardíaco, puede aparecer un ritmo idioventricular, originado en los ventrículos, que actuarían como marcapasos cardíaco. En estos casos es muy característico una FC < 40 lpm, y normalmente no se observan ondas P, aunque

pueden verse disociadas o retrógradas. El diagnóstico diferencial con una FA lenta puede resultar difícil pero es imprescindible. En nuestro paciente se instauraron medidas antipotasio y perfusión de aleudrina para taquicardizarle y tratar de mejorar la perfusión renal. Con ello se estabilizó en FC = 50-60 lpm y desde entonces no ha vuelto a presentar sintomatología.

Bibliografía

1. Uribe W, Duque M, Medina E. Electrocardiografía y Arritmias. Bogotá: P.L.A. Export Editores Ltda; 2005.

Palabras clave: Ritmo de escape nodal.