

347/330 - CUANDO EL CORAZÓN PIERDE EL PASO

S. Redondo de Pedro^a, I. Moreno Martínez^a, J. García Álvarez^a y R. Domínguez León^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años sin alergias a medicamentos, hipertensa, con esofagitis, gastritis crónica y colitis, independiente y que vive con su marido, en tratamiento con rabeprazol 20 mg, atenolol 50 mg/24h y olmesartán/amlodipino 40/5 mg 1c/24 horas. Acude a la consulta del centro de salud por malestar general de 4-5 días de evolución que relaciona con el inicio de tratamiento con olmesartán/amlodipino, cambio de medicación reciente debido al mal control tensional.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración la paciente tiene una auscultación cardiopulmonar normal salvo por una bradicardia marcada por lo que se realiza un electrocardiograma con hallazgo de bloqueo auriculoventricular completo con ritmo de escape a 36 latidos por minuto.

Orientación diagnóstica: Bloqueo auriculoventricular secundario a fármacos.

Diagnóstico diferencial: Bloqueo auriculoventricular secundario a fármacos, cardiopatía isquémica, endocarditis infecciosa, miocarditis, alteración iónica y electrolítica. ¿Ha sido el inicio del tratamiento con olmesartán y amlodipino lo que ha desencadenado el bloqueo completo?

Comentario final: Se traslada a Urgencias. A su llegada la paciente se encontraba estable clínica y hemodinámicamente, con electrocardiograma sin cambios, y una radiografía de tórax y una analítica normales con marcadores de daño miocárdico dentro de la normalidad. Ingresó en Cardiología con telemetría donde se descartó cardiopatía estructural mediante un ecocardiograma y tras retirada del atenolol recuperó la conducción auriculoventricular en 72 horas sin necesidad de implante de marcapasos definitivo. Fue dada de alta con nuevo tratamiento antihipertensivo con ramipril, amlodipino, doxazosina y torasemida. En Atención Primaria es habitual la necesidad de combinar múltiples fármacos antihipertensivos. Hay que tener en cuenta que los betabloqueantes reducen la frecuencia cardíaca y pueden ser causa de bradicardia extrema o bloqueo auriculoventricular. Por lo tanto es conveniente mantener un seguimiento estrecho de estos pacientes y más aun cuando han presentado una bradicardia extrema como efecto secundario del mismo.

Bibliografía

1. Zeltser D, Justo D, Halkin A, et al. Drug-Induced Atrioventricular Block: Prognosis After Discontinuation of the Culprit Drug. J Am Coll Cardiol. 2004;44:105-8.

Palabras clave: Bradicardia. Atenolol. Hipertensión.