



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1836 - ASTENIA PROGRESIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Ríos Jiménez^a, M. Pedrol Llirinos^b, M. Tomás Bertrán^b e I. Pino Romero^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consorcio Sanitario de Terrassa. Barcelona. ^bMédico de Familia. CAP Sant Llàtzer. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 66 años hipertensa, dislipémica, afecta de linfoma MALT libre de enfermedad, que presenta cuadro de astenia generalizada progresiva y palpitaciones ocasionales de 4 meses de evolución. Múltiples consultas a urgencias por dicho motivo, sin apreciarse alteraciones en las exploraciones complementarias (electrocardiograma, analítica con propéptido natriurético, radiografía tórax y ecocardiograma). Pendiente de Holter, solicitado desde Atención Primaria, en visita de control se detectó bradicardia a 36 lpm objetivándose bloqueo auriculoventricular (BAV) de 2º grado 2:1 en el electrocardiograma. Se administró una dosis de salbutamol nebulizado y se remitió a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable, eupneica, bradicárdica (43 lpm). Exploración cardiopulmonar normal. Electrocardiograma: BAV 2º grado 2:1 alterno con períodos con conducción 1:1 y 3:1. Radiografía de tórax y analítica: sin hallazgos de interés. Se pautó perfusión de isoproterenol con posterior implantación de marcapasos definitivo.

Orientación diagnóstica: BAV avanzado (2º grado 2:1 alternado con períodos con conducción 1:1 y 3:1) sintomático.

Diagnóstico diferencial: Ante una astenia progresiva se han de descartar las siguientes etiologías: cardiorespiratoria (insuficiencia cardíaca, arritmias, síndrome de apnea del sueño, insuficiencia respiratoria crónica), endocrinológica/metabólica (hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, alteraciones iónicas), hematológica (anemia, linfoma/leucemia/mieloma), psiquiátrica (ansiedad, depresión), neurológica (enfermedades musculares), neoplásica y farmacológica (psicótropos, antihipertensivos, betabloqueantes). En todos los casos, una anamnesis minuciosa y una exploración física detallada son claves.

Comentario final: Las bradiarritmias comprenden aquellas alteraciones del ritmo que conducen a un enfrentecimiento del pulso, aunque éste sea regular. Se considera que existe BAV cuando los impulsos auriculares son conducidos con retraso o no se conducen a los ventrículos. Cuando existe periodicidad o relación fija en las ondas P no conducidas (2:1, 3:1, 4:1), se acepta la denominación de bloqueo avanzado/alto grado. La forma de presentación clínica varía desde signos electrocardiográficos asintomáticos a insuficiencia cardíaca, presíncope/síncope, mareo o fatiga/astenia. Un diagnóstico correcto, que incluya la correlación entre síntomas y ritmo cardíaco, es de extraordinaria importancia y por lo general se establece con exploraciones diagnósticas no invasivas (electrocardiograma 12 derivaciones, Holter, prueba de esfuerzo). El marcapasos cardíaco es el tratamiento de elección.

Bibliografía

1. Vogler J. Bradicardias y bloqueos de la conducción. Rev Esp Cardiol. 2012;65(7):656-67.
2. Cathébras P. Astenia. EMC-Tratado de Medicina. 2016;20(1):1-7.

Palabras clave: Bloqueo auriculoventricular. Astenia.