



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3216 - DETECCIÓN OPORTUNISTA DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

N. Fernández Bernal<sup>a</sup>, F. Gómez Vargas<sup>a</sup>, A. Martín Valencia<sup>a</sup> y J. Moro Carrasco<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Moguer. Moguer.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 81 años, sin alergias conocidas, consumo de alcohol moderado, independiente para las actividades básicas de la vida diaria y vida activa. Tratamiento con omeprazol 20 mg/24h, ácido acetilsalicílico 100 mg/24h, enalapril 20/hidroclorotiazida 12,5/24h por hipertensión arterial y tamsulosina 0,4/dutasterida 0,5/cada 24h por hipertrofia benigna de próstata. No diabético ni dislipémico. Sobrepeso. Amaurosis fugax en 2006, síndrome de apnea obstructiva del sueño moderado sin tratamiento por intolerancia, intervenido de hallux valgus derecho, sin antecedentes de patología cardíaca. Acude a consulta por los resultados de su última analítica de control. Refiere astenia y mareos presíncopales de pocos meses más intensos en la última semana, lo atribuye a tamsulosina/dutasterida. Niega síncope y dolor torácico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial: 130/75 mmHg. Auscultación cardiopulmonar: Bradicárdico, tonos arrítmicos, sin soplos groseros. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores: sin edemas. Electrocardiograma: A 43 latidos por minuto, ritmo irregular, presencia de ondas P, alguna de ellas sin conducción, complejos QRS estrechos, intervalo PR alargado, eje cardíaco desviado a la izquierda.

**Orientación diagnóstica:** Bradiarritmia sintomática en paciente sin patología cardíaca conocida.

**Diagnóstico diferencial:** Bradicardia sinusal, bloqueo auriculoventricular, enfermedad del seno, descarga vagal, fibrilación auricular lenta.

**Comentario final:** Debemos prestar atención a todos los síntomas que los pacientes manifiestan, aunque no sean el motivo de consulta, y hacer una buena exploración clínica orientada para detectar o descartar patologías, a pesar de que haya otra causa que lo justifique.

### Bibliografía

1. Hampton J. The ECG made easy, 7<sup>th</sup>. ed. Edinburgh: Elsevier/Churchill Livingstone; 2008.
2. Dubin D. Dubin interpretación de ECG: Método clásico del Dr. Dubin para entender los mensajes eléctricos del corazón. Fort Myers, Fla.: Cover; 2007.
3. Salazar G, Bar L. Manual de electrocardiografía y electroencefalografía. México: Manual Moderno; 2007.
4. Pardo Fresno M, Fernández Barbeira S, González Bermúdez I. Valoración y manejo de las bradicardias en urgencias de atención primaria. En: Cad Aten Primaria. Actualización de "ABCDE en urgencias

extrahospitalarias”. Vigo: Cad Aten Primaria; 2011. p. 107-110.

5. García Lledó JA. Bradicardia y fibrilación auricular lenta: a propósito de dos electrocardiogramas. Medicina de familia SEMERGEN. 2001;27(5):264-5.

**Palabras clave:** Arritmia. Bradicardia. Presíncope.