

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

424/723 - A RITMO DE NODAL LENTO

M. Martí Llobet¹, M. Vila Royo², J. Villanueva Uceta³ y L. Fornells Vilaseca⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Nova Lloreda. Hospital Municipal de Badalona. Barcelona.²Médico de Familia. CAP Nova Lloreda. Badalona. Barcelona. ³Médico de Urgencias. Hospital Municipal de Badalona. Barcelona. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Nova Lloreda. Badalona. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 82 años sin AMC, ni hábitos tóxicos. HTA. Bradicardia sinusal asintomática controlada por cardiología, con ECG/Holter recientes sin pausas significativas. Síndrome ansioso-depresivo. Tratamiento: amlodipino 5 mg, lisinopril 20 mg, sertralina 50 mg y lorazepam 1 mg. Consulta en urgencias de su Ambulatorio por dolor escapular derecho de pocas horas de evolución y disnea de esfuerzo desde hace 2 meses. Exploración: auscultación cardiovascular con tonos cardíacos bradirritmicos, sin soplos, ni roces. ECG: ritmo sinusal a 45 lpm. Eje del QRS a 60°. Onda q a DIII. T (-) en V2 y V3 (no presente anteriormente). Se decide derivación hospitalaria por bradicardia sintomática. Se repite ECG: bradicardia sinusal alternando con ritmo nodal. Analíticamente destaca proBNP de 1897 y troponinas negativas. Valorada por cardiólogo indica prueba de atropina, resultando positiva (FC sube a 75 lpm) y se inicia nebulizaciones de salbutamol. Se diagnostica disfunción del nódulo sinusal solicitándose implantación marcapasos DDD.

Exploración y pruebas complementarias: ECG: ritmo nodal a 40 lpm alternando bradicardia sinusal con rectificación difusa del ST y T negativa en V2-V3. Analítica y gasometría arterial normales. ProBNP 1,897. Troponina T negativa (20,14 ng/l). Radiografía tórax: aumento de la silueta cardiaca, elongación aórtica.

Orientación diagnóstica: Disfunción nódulo sinusal.

Diagnóstico diferencial: Ritmo nodal, disfunción nódulo sinusal, bradicardia sinusal, bloqueo auriculoventricular.

Comentario final: La DNS puede ser consecuencia de diversos trastornos (in/extrínsecos) que causan depresión del automatismo del nódulo sinusal y de la conducción eléctrica a partir de éste. Causa más frecuente: fibrosis degenerativa idiopática del tejido nodular asociada a edad avanzada. La DNS puede ser asintomática o manifestarse con disnea, palpitaciones, mareos, síncopes, signos de insuficiencia cardiaca. El diagnóstico se establece mediante ECG, pero dada la naturaleza intermitente de la DNS, puede resultar muy difícil. Puede realizarse un registro de ECG Holter y prueba de esfuerzo. Tratamiento definitivo: implantación de marcapasos en la DNS sintomática sin causa reversible.

Bibliografía

- Vogler J, Breithardt G, Eckardt L. Bradiarritmias y bloqueos de la conducción. Rev Esp Cardiol. 2012;65 (7):656-67.

2. Pardo Fresno M, Fernández Barbeira S, González Bermúdez I. Valoración y manejo de las Bradicardias en urgencias de Atención Primaria. Actualización de “ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias”. Cad Aten Primaria. 2011;18:107-10.

Palabras clave: Disfunción del nódulo sinusal. Bradicardia.