

424/3283 - UN INFARTO BLOQUEADO

M. Gras Ruiz¹, R. Sánchez Ochoa¹, A. Campaña Moreno² y G. Fernández Molina²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 87 años que acudió al servicio de urgencias por sensación de opresión torácica de unas 3 horas de evolución mientras dormía, que se irradiaba a mandíbula y se acompañaba de sensación disnea y palpitaciones. No calmaba con el reposo y no había tomado analgesia. No cuadro vegetativo acompañante. Refería ser el primer episodio. El día anterior fue valorado por su médico de familia por reagudización de su EPOC y estaba en tratamiento con antibióticos y un antigripal. No episodios febriles. Asintomático, tras pruebas complementarias se decidió ingreso del paciente en observación para monitorización continua y nueva determinación de troponinas. Durante su ingreso en observación, nuevo episodio de dolor torácico, se instauró tratamiento antianginoso e ingresó en medicina interna asintomática y con ECG en ritmo sinusal.

Exploración y pruebas complementarias: TA 156/62 mmHg, FC 68 lpm, satO₂ 96%, T^a 36,2 °C. ECG: bloqueo AV completo de 3^{er} grado no conocido sin alteraciones de la repolarización, por lo que se decidió monitorización. Auscultación rítmica sin soplos, hipoventilación generalizada con roncus diseminados en ambos campos. Abdomen anodino. Extremidades con edemas bimaleolares. Hemograma sin hallazgos. Glucosa 159 mg/dl, urea 53 mg/dl, Cr 1,5 mg/dl, LDH 628 U/L (suero hemolizado), CK 101 mg/dl, iones normales. Troponina I ultrasensible 29,1 ng/ml (negativa). Radiografía de tórax: discreta redistribución vascular. No cardiomegalia. Curva de troponinas en el servicio de observación: 85-143-155-109.

Orientación diagnóstica: Bloqueo AV de tercer grado de origen isquémico.

Diagnóstico diferencial: Bloqueo AV de tercer grado. SCASEST.

Comentario final: Un bloqueo cardíaco, como cualquier defecto del nodo sinusal, puede tener distintas etiologías, tanto extrínsecas como intrínsecas, debiendo descartar fármacos, alteraciones hidroelectrolíticas, hipoxia, aumento del tono vagal (vómitos, tos...), enfermedades infecciosas, cardiopatías y causas isquémicas entre otras, por lo tanto, ante todo paciente con dolor torácico y un bloqueo AV completo no conocido, debemos descartar un SCASEST, sobre todo si el paciente tiene factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

- Vogler J, Breithardt G, Eckardt L. Bradiarritmias y bloqueos de la conducción. Rev Esp Cardiol. 2012;65(7):656-67.
- Ruiz M, Pola MD, Expósito M, Pintor A, Issa Z, Aguayo-de Hoyos E, et al. Bloqueo auriculoventricular en la angina inestable: Resultados del registro ARIAM. Med Intensiva.

2006;30(9):432-9.

Palabras clave: Dolor torácico. Bloqueo auriculoventricular. SCASEST.