



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

## 482/92 - BLOQUEO COMPLETO AV

L. Torres Sánchez<sup>1</sup>, M. Hernández Lara<sup>2</sup>, N. Torres Pacho<sup>2</sup> y V. Hernández Díez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles. Madrid. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles. Madrid. <sup>3</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Acudió de Urgencia al Centro de Salud un varón de 54 años por palidez y sudoración. Como antecedentes personales destaca DM tipo 2 como único FRCV. Niega medicación previa. Refiere un cuadro de astenia de dos días de evolución, disnea de esfuerzo acompañado de opresión torácica sin dolor torácico en reposo y aumento del perímetro de miembros inferiores. Había sido valorado hace dos días por su MAP, quien inició furosemida. No otra sintomatología de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física destaca: TA 220/90 mmHg, FC 35 lpm, SatO2 88% basal. Regular estado general, nauseoso, bien perfundido. AC rítmico, sin soplos. AP MVC, sin ruidos. MMII edemas con fóvea. Se solicita ECG con ritmo sinusal a 80 lpm con BAV completo con escape de QRS ancho con morfología BRD a 35 lpm, QT alargado con ondas T profundas.

**Orientación diagnóstica:** Se derivó al paciente a Urgencias del Hospital. Ingresa a cargo de Unidad Coronaria por BAV completo, sin datos de ICC ni bajo gasto. Implante de marcapasos definitivo DDD, normofuncionante con posterior alta a hospitalización. Durante su estancia en la planta de hospitalización el paciente refiere episodio de opresión torácica con elevación de marcadores de daño miocárdico, con aparición posterior de ritmo no desfibrilable (asistolia). *Exitus* a pesar de RCP avanzada. Diagnóstico principal: bloqueo AV completo infrahisiano con implante de marcapasos definitivo DDD.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad del seno, valvulopatía, síndrome coronario agudo.

**Comentario final:** Ante la aparición de un bloqueo AV completo diagnosticado mediante ECG en el Centro de Salud, debemos derivar al paciente al servicio de Urgencias para ser atendido en el menor periodo de tiempo posible. Se deben descartar causas potencialmente reversibles como isquemia miocárdica, farmacológicas (digoxina), entre otros. A pesar de todo ello en la mitad de los casos no se identifican causas reversibles específicas. El tratamiento inicial depende de la presencia y gravedad de cualquier síntoma relacionado con el ritmo de escape. Los pacientes inestables deberán recibir terapia farmacológica inmediata con atropina. A pesar de ello muchos terminarán con la implantación de marcapasos.

### Bibliografía

- Rosen KM, Dhingra RC, Loeb HS, Rahimtoola SH. Chronic heart block in adults. Clinical and electrophysiological observations. Arch Intern Med 1973;131:663-72.

2. Link MS, Berkow LC, Kudenchuk PJ, et al. Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015;132:S444-S464.

**Palabras clave:** Bloqueo AV completo.