Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):8

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/73 - Fibrilación Auricular bloqueada

A. García-Lago Sierra[a], C. Bonnardeaux Chadburn[b], P. Usamentiaga Ortiz[c], M.T. de la Torre Ovejero[d], M. Esparza Escayola[e], S. Alonso Renero[f], E.M. Oria Salmón[g], E. Crespo[h], A. García-Lago Sierra[i] y C. Martínez Pérez[j]

[a]Médico de Familia. Hospital Sierrallana. Torrelavega. [b]Médico de Familia. SUAP Mataporquera. Cantabria. [c]Médico de Familia. CS Los Valles. Cantabria. [d]Médico de Familia. Centro Penitenciario de Burgos. Burgos. [e]Médico de Familia. CS Matamorosa. Cantabria. [f]Médico de Familia. SUAP Torrelavega. Cantabria. [g]Médico de Familia. SUAP Castro Urdiales. Cantabria. [h]Médico de Familia. Urgencias Sierrallana. Cantabria. [i]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. [j]Médico de Familia. CS Camargo Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 84 años con antecedentes de Ca de mama derecha con mastectomía derecha en 2006. Glaucoma. Osteoporosis. Vida activa, FIS conservadas. Tratamiento con Fosamax, Lumigan y Cosopt. Acude al servicio de urgencias por Desde hace 4 o 5 días refiere sensación de astenia y ocasionalmente, episodios de mareo mal definido. No presenta disnea, ortopnea ni dolor torácico. Sus Constantes son tensión arterial de 80/40, frecuencia cardiaca: 46 lpm, saturación de oxigeno de 98%, aunque esta taquipneica y pálida. La exploración clínica se objetiva en la auscultación cardiaca una bradicardia, no se oyen soplos.

Exploración y pruebas complementarias: Analíticamente creatinina: 1,42 tasa filtrado glomerular: 34,98, resto de parámetros dentro de la normalidad. troponina I de alta sensibilidad: 29,2. ECG: FA bloqueada 30 x&#39. Morfológicamente BRD+HSA ECG (2º): Rs 54 x&#39. BAV I + BRD + HSA. Durante su estancia monitorizada en esta unidad la paciente se mantiene estable, recuperando progresivamente la FC tras supresión de colirio betabloqueante.

Juicio clínico: Fibrilación auricular bloqueada (en contexto de uso de colirio betabloqueante). Bloqueo trifascicular.

Diagnóstico diferencial: Causas extrínsecas: agentes farmacológicos. Bloqueadores beta. Antagonistas del calcio. Glucósidos cardiacos. Fármacos antiarrítmicos (clase I, III). Antihipertensivos simpaticolíticos. Otros: litio, fenitoína. Alteraciones electrolíticas. Hipotiroidismo. Apnea del sueño. Hipoxia. Hipotermia. Aumento del tono vagal. Vómitos. Tos. Defecación, micción. Causas intrínsecas: fibrosis degenerativa idiopática. Isquemia (incluido el infarto). Enfermedades infecciosas. Enfermedad de Chagas. Endocarditis. Difteria. Enfermedad inflamatoria. Miocarditis. Trastornos infiltrativos. Enfermedades del colágeno. Trastornos osteomusculares. Cirugía cardiotorácica. Sustitución valvular. Cardiopatía congénita.

Comentario final: Las bradiarritmias y los bloqueos de la conducción son una observación clínica frecuente y pueden ser una reacción fisiológica (p. ej., en deportistas sanos) o corresponder a un

trastorno patológico. Las bradiarritmias se definen por la presencia de una frecuencia cardiaca < 60 latidos por minuto (lpm). En este caso el uso de colirios Cosopt (dorzolamida y timolol) para el tratamiento del glaucoma fue la causa de la bradicardia sintomática. El uso de colirios y la vía de administración que puede parecer más inocua por su pequeña dosificación pero que es igual de peligrosa en lo que a efectos secundarios se refiere. La absorción del timolol tópico al 0,5% al torrente sanguíneo es aproximadamente de 0,5 mg si se administra 1 gota en ambos ojos, de modo que puede alcanzar niveles suficientes para actuar sistémicamente. El maleato de timolol puede provocar efectos secundarios sistémicos como: exacerbación de asma o broncoespasmo, bloqueos y bradiarritmias, hipotensión, fallo cardíaco congestivo. Otros menores son alteración de la libido, hábito depresivo, disminuye la tolerancia al ejercicio (por acción sobre los receptores β2) y pueden alterar el perfil lipídico así como enmascarar una hipoglucemia (éstos últimos no están descritos para su administración tópica).

BIBLIOGRAFÍA

1. Vogler J, Breithardt G, Eckardt L. Bloqueo de la conducción auriculoventricular. Bloqueo auriculoventricular. Síndrome del seno enfermo. Rev Esp Cardiol. 2012;65:656-67.

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

3. Almendral Garrote J, Marín Huerta E, Medina Moreno O, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas. Rev Esp Cardiol. 2001;54:307-67

4. Rodríguez López V, Sevillano Torrado C, Alberte Woodward M. Uso de betabloqueantes. A propósito de un caso. Cad Aten Primaria. 2012;18:36-9.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.