

Casos Clínicos

Nº referencia 411/49

La importancia de la exploración física

Autores:

Fernández Gómez, Ana (1); Martínez Asensio, Ana Isabel (2); Guerrero Muñoz, Marta (3); Martínez Regada, Xavier (4)

Centro de Trabajo:

Medicina de Familia. CAP Santa Eulalia Sud (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona - Cataluña)

Descripción del caso:

Varón de 78 años. No AMC. DM2 a tratamiento con antidiabéticos orales. Ateromatosis carotídea. Hipotiroidismo subclínico. Diverticulosis. Colitis isquémica. IQ: Herniorrafia inguinal derecha. Tratamiento habitual: Omeprazol. Tromalyt. Metformina. Gliclazida.

Acude a consulta por **hiposfagma** en ojo izquierdo de 2 días de evolución. Niega dolor ocular, déficit visual, cefalea, u otra clínica de interés. Durante la exploración física y toma de constantes se constata bradicardia de manera casual (TA 152/70; FC 38lpm), por lo que se realiza ECG en el que se observa bloqueo aurículo-ventricular 2:1 con bloqueo de rama derecha y hemibloqueo antero-superior. Reinterrogamos al paciente que niega episodios sincopales, inestabilidad cefálica, dolor torácico, disnea u otra clínica.

Derivamos al paciente a Urgencias Hospitalarias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias:

EF: Buen estado general. Consciente, eupneico y afebril. AC: Tonos cardíacos rítmicos bradicárdicos sin soplos audibles. No IY. AR: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no defensa ni peritonismo. Eell: No edemas ni signos de TVP. Pulsos periféricos presentes y simétricos. **ECG: ritmo sinusal a 75lpm con BAV 2:1 bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterosuperior.** Radiografía de tórax: No infiltrados ni condensaciones. Senos costofrénicos libres. ICT<0.5 Analítica sanguínea: Sin alteraciones.



Hipofagma. La hemorragia subconjuntival como predictor de hipertensión arterial sistémica reactiva. Dr. Paris Troyo Barriga. Revista Médica Sur. Vol 10 nº4 2003.

Orientación diagnóstica:

Trastorno avanzado de la conducción aurículo-ventricular

Diagnóstico diferencial:

Bradicardia farmacológica. Hipotiroidismo. Bradicardia fisiológica. Enfermedad cardíaca infiltrativa.

Comentario final:

Se decide ingreso en servicio de Cardiología para implantación de marcapasos con estimulación bicameral.

Bibliografía:

Pardo Fresno M, Fernández Barbeira S, González Bermúdez I. Valoración y manejar de las Bradicardias en urgencias de Atención Primaria. Julia Vogler, Günter Breithardt y Lars Eckart. Bradiarritmias y bloqueos de la conducción. Rev Esp Cardiol. 2012;65(7):656–667 Pascual Izco M, Rodríguez Muñoz D, Zamorano Gómez L. Protocolo diagnóstico de las bradiarritmias. Volume 12, Issue 38, September 2017, Pages 2293-2294. Programa de Formación Médica Continuada

Palabras clave:

bradicardia hiposfagma bloqueo aurículo-ventricular