

Bloqueo AV completo paroxístico: más allá de las coronarias

Reporte de caso · Gómez Ponce O., Castellanos E., Haurigot M. P. · Instituto de Cardiología de Tucumán



INSTITUTO DE
CARDIOLOGÍA SRL
Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Cardiovasculares



CASO CLÍNICO



Varón, 45 años

- HTA
- Obesidad
- Tabaquismo severo
- Sin cardiopatía

CONSULTA



Dolor torácico 24 h

Irradiado a mandíbula · diaforesis

EVENTO



Síncope (~5 s)

+ presíncope · 2 episodios previos

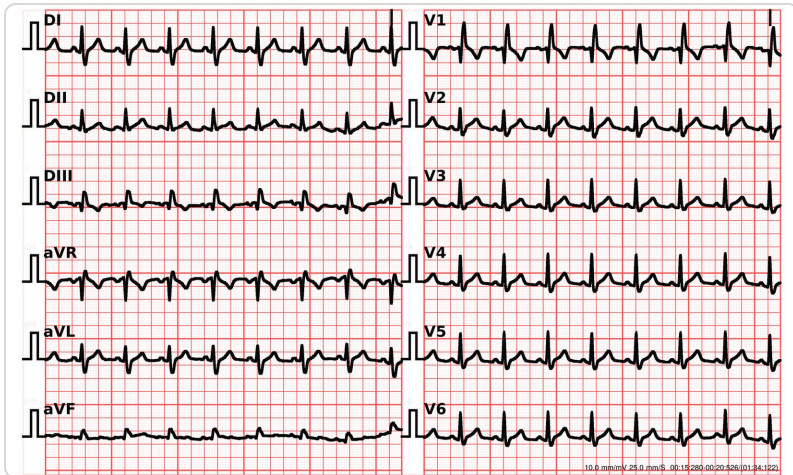
LABORATORIO



Troponina 757 ng/L

Positiva · corte 40 ng/L

ECG DE INGRESO



Ritmo sinusal, QRS angosto. Infradesnivel del ST difuso con supradesnivel en aVR.

MONITOREO



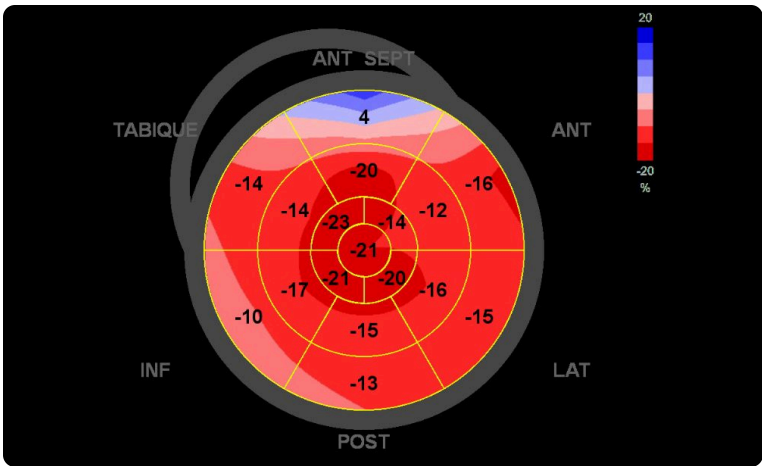
DII · 01/05, 17:49 h · P no conducidas



CCG · 01/05

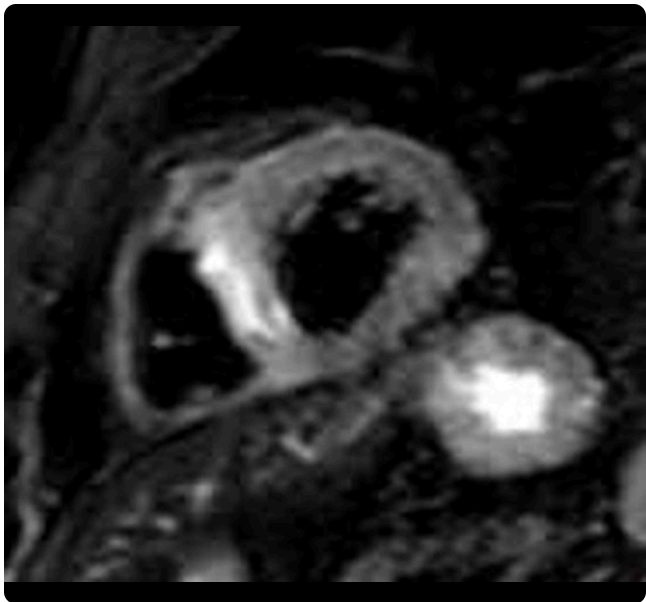
Sin lesiones angiográficamente significativas

ECO: STRAIN LONGITUDINAL



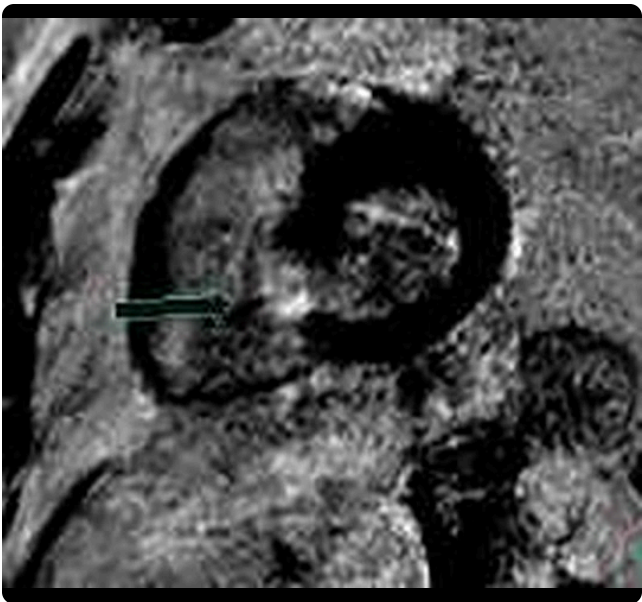
- FEVI 60 %
- SLG -16 %
- Strain septal disminuido
- Hipoquinesia segmento basal y medio septal

RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA



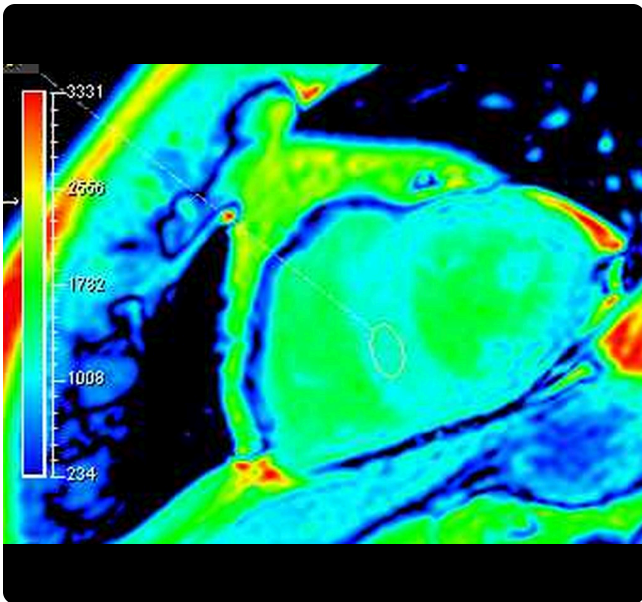
A. STIR

Hiperintensidad septal basal y media: edema



B. Realce tardío

Transmural septal basal y medio (4 % de la masa)



C. Mapa T1 nativo

T1 nativo elevado

T1 NATIVO · ELEVADO

1167 ms ref. []

T2 · EDEMA

72 ms ref. []

VEC · MUY ELEVADO

50 %

ESPESOR SEPTAL

15 mm

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

1

Injuria miocárdica aguda

Troponina 757 ng/L + CCG sin lesiones significativas



2

Miocardopatía inflamatoria

RM: edema y realce tardío septal



3

Diferenciales

- Sarcoidosis cardíaca
- Miocarditis aguda
- Chagas: serología negativa



4

CDI · 11/05

BAV + patrón de alto riesgo arrítmico

CONCLUSIÓN

BAV completo sin enfermedad coronaria: pensar en el miocardio.