

## Sintomatología respiratoria en una paciente con antecedentes de lesiones cutáneas

Eva Digón Santín, Noelia Laura García Robles

Médicas de familia. Pac Monforte de Lemos. Monforte- Lugo.

Cad Aten Primaria  
Año 2011  
Volume 18  
Páx. 149-149



FIGURA 1: Radiografía PA

Mujer adulta con antecedentes personales de síndrome depresivo en tratamiento y dislipemia que tras debutar 48 horas antes con lesiones vesiculosas sobre base eritematosa generalizadas y pruriginosas tratadas por su médico con aciclovir/ebastina, acude a nuestro PAC por cuadro de disnea, fiebre de 38,5 y tos con afectación del estado general.

Desde el Pac se solicita una analítica donde destaca una plaquetopenia de 70.000 y una radiografía de tórax en 2 proyecciones que se ven en las figuras 1 y 2.

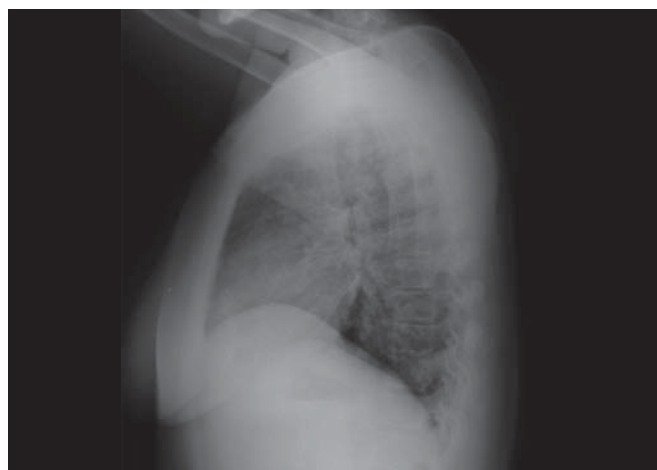


FIGURA 2: Radiografía lateral

### ANTE ESTA SITUACIÓN:

1. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha?
  - a.- neumonía bacteriana
  - b.- neumonía varicelosa
  - c.- fibrosis pulmonar
2. ¿Cuál sería tu actuación?
  - a.- continuar con aciclovir oral ambulatorio
  - b.- derivar al hospital
  - c.- remitir al segundo nivel para estudio

### Correspondencia

Eva Digón Santín  
C/ Corredoira s/n Monforte- Lugo  
Email: evadigon@hotmail.com

rama derecha + hemibloqueo posteroinferior (HBPI); situación conocida como síndrome de Rosenbaum.

- Bloqueo bifascicular establecido (BRIHH o BRDHH + hemibloqueo anterosuperior o posteroinferior) asociado con intervalo PR alargado.

En nuestro paciente, se da coexistencia de estas dos situaciones junto con una tercera y agravante. El registro realizado en el médico de atención primaria, muestra un bloqueo trifascicular consistente en intervalo PR alargado (Bloqueo AV de primer grado) junto con bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterosuperior. El segundo registro muestra el bloqueo AV de primer grado junto con el bloqueo de rama derecha, ya existentes, y hemibloqueo posteroinferior, siendo por tanto un bloqueo bifascicular alternante. El tercer registro, realizado minutos después del segundo, muestra un bloqueo AV de primer grado junto con un bloqueo de rama izquierda avanzado. Esto nos muestra la grave afectación del sistema de conducción en todos sus fascículos, lo que obliga a una rápida actuación a pesar de que el paciente se encontraba completamente asintomático.

Las guías de práctica clínica son claras en cuanto a la indicación de marcapasos en pacientes con bloqueo trifascicular o bifascicular "puro". Así, en pacientes asintomáticos, se considera apropiado el implante de marcapasos sólo en los casos en los que se demuestren episodios de BAV de segundo o tercer grado de forma intermitente o bien en los casos en los que, durante la realización de un estudio electrofisiológico realizado por cualquier otra razón, se demuestran signos de grave alteración del sistema de conducción (intervalo HV > 100 ms o bloqueo intra o infrahisiano durante la estimulación auricular rápida). Por otra

parte, en los pacientes con clínica sincopal se debe proceder a implante de marcapasos definitivo (indicación IC). En cuanto al bloqueo bifascicular alternante, las guías son más controvertidas, dado que establecen la indicación de implante de marcapasos definitivo, con independencia de los síntomas (indicación IC).

Por tanto, podemos concluir que, tal y como se expuso previamente, la presencia de clínica sincopal es el mayor factor predisponente para bloqueo AV de alto grado y que el bloqueo bifascicular alternante también puede serlo aunque las guías de práctica clínica no son concluyentes en este sentido.

En nuestro caso, como primera medida se suspendió el tratamiento betabloqueante y se procedió al ingreso urgente del paciente. Durante el ingreso, no presentó eventos en la monitorización más allá de los descritos, ni se resolvieron las alteraciones del sistema de conducción tras la retirada del Atenolol, por lo que se procedió a implante de marcapasos definitivo de forma programada bajo la indicación de bloqueo bifascicular alternante. Se implantó un dispositivo monocameral VDD vía cefálica derecha y sin complicaciones se dio de alta hospitalaria en espera de intervención de aneurisma de aorta abdominal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ESC Committee for Practice Guidelines and Authors/Task Force members. Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *Europace* (2007) 9, 959-998.
2. Bayés de Luna A. Bloqueo ventricular. En: *Electrocardiografía clínica*. Barcelona. Espaxs. 1999; pn 75-92.

## SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA EN UNA PACIENTE CON ANTECEDENTES DE LESIONES CUTÁNEAS

La varicela es una infección primaria muy contagiosa producida por el virus de varicela Zoster, que se caracteriza por brotes sucesivos de vesículas pruriginosas que evolucionan a pústulas, costras, y a veces cicatrices. En la edad adulta puede complicarse con neumonía y encefalitis.

En nuestro caso la paciente presentaba una neumonía varicelosa (opción b correcta) y fue derivada al hospital donde se ingresó (opción b correcta). Se pautó aciclovir iv con mejoría franca, no objetivándose patología en la radiografía de control realizada 6 semanas después.