

Electro-Reto

ECG de noviembre de 2020

ECG, November 2020

Giampaolo Vetta^a, Bruna Crea^b y Pasquale Crea^{a,*}^a Cardiology Unit, Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Messina, Messina, Italia^b Internal Medicine, San Luigi Gonzaga Hospital, Orbassano, University of Turin, Turin, Italia

Una mujer de 75 años ingresó en el hospital por haber sufrido varios episodios sincopales en las últimas 2 semanas. Hasta entonces, la paciente solo tenía hipertensión, que estaba bien tratada con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina. La exploración cardiopulmonar mostró una auscultación pulmonar normal y ruidos cardiacos normales con un leve soplo sistólico aórtico. No había edema periférico. Durante la hospitalización, se la sometió a un registro electrocardiográfico de 24 h. El electrocardiograma (ECG) inicial de 12 derivaciones mostró ritmo sinusal, bloqueo auriculoventricular (BAV) de primer grado (intervalo PR, 220 ms) y bloqueo incompleto de la rama derecha del haz de His. Por la noche se observaron algunos episodios de BAV de tercer grado paroxísticos. El ECG de la [figura 1](#) muestra BAV completo que tiene lugar por la mañana (a las 11.37), inmediatamente después de un latido auricular prematuro no conducido. La conducción auriculoventricular se recuperó después de un latido ectópico de la unión. A la paciente se le implantó un marcapasos bicameral y se le dio el alta 2 días después.



Figura 1.

¿Cuál es el mecanismo causante del BAV paroxístico?

1. Hipertonía vagal.
2. BAV paroxístico de fase 4.
3. Bloqueo pseudo-AV debido a extrasístoles nodulares ocultas.
4. BAV paroxístico de fase 3.

Envíe su respuesta a: <http://www.revespcardiolog.es/electroreto/73/11>. La respuesta se publicará en el próximo número (diciembre de 2020). #RetoECG.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: pasqualecrea@hotmail.it (P. Crea).