



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/26 - LAS ARRITMIAS NO SON SOLO COSA DE ADULTOS

P. López Alonso Abaitua¹, L. Rodríguez Vélez², L. Salag Rubio³, D. San José de la Fuente⁴, M. Esles Bolado⁵, O. Casanueva Soler⁶, R. Maye Soroa⁷, M. Alonso Santiago⁷, M. Cobo Rossell⁸, S. López Santos³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Torrelavega. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Interna Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. ⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ⁸Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Torrelavega.

Resumen

Descripción del caso: Niña de 14 años, acude al servicio de urgencias acompañada de su madre por sensación de molestias torácicas y palpitaciones. Embarazo normal. Parto asistencias eutóxico a término. Período neonatal sin incidencias. Alimentada con lactancia materna desde el nacimiento, diversificación posterior sin intolerancias. Ingreso por bronquiolitis a los dos meses de edad. No otros ingresos hospitalarios, no intervenciones quirúrgicas. Asma en seguimiento por neumología infantil, actualmente sin tratamiento de base. No alergias medicamentosas conocidas. Estando previamente bien, encontrándose en reposo, comienza con molestias centrotorácicas irradiadas a cuello y sensación de palpitaciones, de cuatro horas de evolución. Se encuentra en tratamiento con terbutalina por crisis de bronoespasmo en el contexto de infección respiratoria de vías altas desde hace dos días.

Exploración y pruebas complementarias: TA 125/85, FC 166 lat/min, 36,6 °C, 98% sat O2. Buen estado general. Buena hidratación y coloración cutáneo mucosa. AC: rítmica pero con aumento de la frecuencia cardiaca, no soplos. AP: buena ventilación bilateral. Abdomen: blando, depresible, no se palpan masas o megalías. ORL: normal. Neurológico: normal. ECG: taquicardia supraventricular (QRS estrcho, regular), 166 latidos/min. Hemograma, bioquímica, coagulación, hormonas tiroideas sin hallazgos patológicos.

Juicio clínico: Taquicardia supraventricular.

Diagnóstico diferencial: Arritmia cardiaca secundaria a beta adrenérgico de media duración (terbutalina). Taquicardia supraventricular por reentrada intranodal. Síndrome Wolff Parkinson White.

Comentario final: Se administran 6 mg de adenosina endovenosa tras lo cual la paciente presenta mejoría del dolor torácico y desaparición de las palpitaciones pero mareo posterior. Se decide traslado al hospital de referencia, a su llegada, la frecuencia cardiaca había descendido a 120 latidos/min. El servicio de cardiología infantil visita a la paciente tras permanecer ingresada en la unidad de corta estancia durante 14 horas con monitorización continua y objetivan una onda delta en el electrocardiograma basa compatible con el síndrome de Wolff Parkinson White. Unos días más tarde, se reingresa a la paciente para ablación de vía accesoria lateral izquierda.

Bibliografía

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Rader DJ, Hobbs HH. Trastornos del ritmo cardiaco. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012; p. 3145-61.