



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

423/98 - ¿POR QUÉ SE HA PUESTO RÁPIDA LA ARRITMIA?

E. Azpilicueta Diaz de Cerio¹, L. Labiano Razquin²

¹Centro de Salud de Kueto, Sestao (Vizcaya), ²Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de San Jorge (Pamplona). Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Hombre exfumador de 87 años, es remitido a la Urgencia por su médico de atención primaria por FA ya conocida, rápida a 140 lpm. Vive con mujer e hijo en domicilio. Presenta deterioro cognitivo incipiente, pero se mantiene independiente para ABVD. Entre los antecedentes destacan ACFA, episodio de probable ACV en territorio posterior en octubre de 2018 en relación con FA infracoagulada, hipertiroidismo tratado con yodo radiactivo con hipotiroidismo subclínico, tumoración renal izquierda, anemia por déficit de B12, diverticulosis en sigma, multifrecuentador por patología funcional, en control por Psiquiatría por trastorno de ansiedad. Presenta intolerancia a amiodarona. Entre su tratamiento farmacológico habitual están prescritos: pantoprazol, eutirox, apixaban, bisoprolol, atorvastatina, silodosina, trazodona, mirtazapina, cianocobalamina. La clínica comienza 2 horas antes con palpitaciones, disnea súbita y dolor torácico de características pleuríticas. No tos. No sensación distérmica.

Exploración y pruebas complementarias: PA 116/80, FC 134 lpm, T^o 36,5 °C, SO2 100%, FR 29 rpm. Ansioso. Consciente, orientado. Taquipneico. CyC: normocoloreado. Bien hidratado. No Iy. AC: arrítmico. No escucho soplos. AP: hipoventilación global que relaciono con escasa colaboración. Abdomen: anodino. EEII: edemas bimaleolares discretos. Pruebas complementarias realizadas en Urgencias: ECG con FA a 137 lpm. QRS estrecho sin alteración de la repolarización. Rx tórax PA Neumotórax derecho grado 1. No veo condensaciones. No aumento de ICT. Analítica sanguínea: glucosa 109, FR normal, iones dentro de rangos normales. Hb 17,1. PCR 3,69. Troponina 14,10, que seríamos a las 4 horas con niveles en 22,7. Hb 17,1. VCM 94,3. Resto anodino. En Urgencias se comenta con cirujano de guardia, que indica mantener en observación y no realizar toracocentesis dado alto riesgo de sangrado en ese momento. Finalmente se ingresa al paciente.

Juicio clínico: FA rápida en contexto de neumotórax leve.

Diagnóstico diferencial: Entre los posibles desencadenantes del aumento de la frecuencia cardíaca y del cuadro del paciente, podrían considerarse: TEP, SCASEST, infección respiratoria, proceso infeccioso, anemia, pérdida de volumen: deshidratación o hemorragia activa, sobredosificación de medicación (levotiroxina), alteración electrolítica, drogas, ansiedad, ejercicio, neumotórax.

Comentario final: El interés de este caso que presento, reside principalmente en la importancia de filiar la causa de esa aceleración de la arritmia, ya que pueden ser de gravedad. En este paciente, no disponiendo de Rx de tórax al principio, se administraron frenadores, sin éxito inicial. Cuando se pudo realizar la radiografía, se pudo apreciar el desencadenante, tomando las medidas adecuadas.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de urgencias: guía terapéutica, 5^a ed. Madrid: Elsevier; 2014.

Ketai L. Lofgren R. Meholic A. Principios de Radiología Torácica.

Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular.