



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

423/20 - TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA EN URGENCIAS

M. Cano Gómez¹, M. Morales Santos², E. Carrasco Carrasco³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia.²Médico Adjunto. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza, ³Médico adjunto. Centro de Salud Abarán. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 61 años que acude al centro de salud por sensación presincopal durante el esfuerzo y leve disnea. Nauseoso, refiere un episodio emético. Sin sudoración. Todo ello en el contexto de un cuadro catarral, en tratamiento actualmente y desde hace 2 días con azitromicina y acetilcisteína. Antecedentes personales: exfumador desde hace 5 años. Sin tratamientos crónicos actualmente. Situación basal: vida activa e independiente.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a presenta TA: 140/90. FC: 240 lpm. Deambula. Buen estado general. Normohidratado y normocoloreado. Frialdad de piel. ACP: rítmico sin soplos ni ruidos patológicos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes en bases. Abdomen: globuloso. ByD. No masas ni megalias palpables, peristaltismo conservado. No doloroso. MMII: no edemas ni signos de TVP. NRL: Glasgow 15. PC conservados y simétricos. No dismetría ni disdiacocinesia. Fuerza y sensibilidad conservadas. Balance muscular 5/5. Sin focalidad aguda. Se realiza ECG que muestra taquicardia de QRS ancho (complejo QRS 0,13 segundos) y sostenida (mayor de 30 segundos), con BCRDHH. Ante los signos clínicos que presenta el paciente se monitoriza. Estando monitorizado se sincopa por lo que rápidamente se prepara con analgesia y sedación para la cardioversión. Tras ella pasa a ritmo sinusal con extrasístoles ventriculares frecuentes y sin síntomas. Se comenta con UCI de hospital de referencia y se decide traslado hospitalario. Se ingresa en Cardiología con tratamiento de amiodarona iv, presentando un pico de troponina I de 0,352. Se realiza ecocardiograma con disfunción ventricular ligera a expensas de hipocinesia amplia apical. En RMN cardíaca se objetiva hipocinesia global. Por lo que finalmente se decide implantar un desfibrilador automático implantable, a modo de prevención. En la actualidad, el paciente permanece asintomático en seguimiento desde nuestra consulta de AP y siguiendo su pauta de tratamiento vía oral con amiodarona 1 cp/24 horas, atorvastatina 40 mg 1cp/24h y bisoprolol 2,5 1cp/24h.

Juicio clínico: Taquicardia ventricular monomorfa sostenida.

Diagnóstico diferencial: TEP. Infección respiratoria aguda. Insuficiencia cardiaca. Edema agudo de pulmón.

Comentario final: Destacar que el papel de los profesionales de AP es fundamental en el estudio inicial del paciente así como en su estabilización, constituyendo el primer nivel de atención y, por tanto, la base del servicio sanitario. Este caso nos muestra la importancia de una correcta y rápida valoración clínica, así como una actuación terapéutica eficaz, basada en la formación continuada de los profesionales.

Bibliografía

Almedral Garrote J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas. Rev Esp Cardiol. 2001;54:307-67.

Cline DM. Tratamiento de las arritmias y farmacología cardiovascular. En: American College of Emergency Physicians. Manual de Medicina de Urgencias, 4^a ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana, 1998; p. 11-45.

García García J, et al. Predictores de muerte súbita en la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol. 2000;53:440-62.

Portela Romero M. Taquicardia ventricular sostenida. Semergen. 2002;28:275-6.