



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

423/23 - UNA TAQUICARDIA INESPERADA

M. Gali Juan¹, M. Bueso Navarro², E. Salvador Candau³, A. Campos Aznar⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Carinyena. Vilarreal. Castellón de la Plana, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Burriana I. Burriana, ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Carinyena. Vila-real. Castellón de la Plana, ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Urgencias Hospital La Plana. Vila-real. Castellón de la Plana.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 82 años con AP de ictus isquémico en 2014, HTA en tratamiento con olmesartán 20 mg y miocardiopatía dilatada no isquémica en control por cardiología en tratamiento con espironolactona 25 mg, bisoprolol 5 mg, acenocumarol y torasemida 5 mg, que acude a urgencias de PAC por presentar habla incomprensible junto con desorientación de horas de evolución. Al explorar al paciente, inicia clínica de pérdida de fuerza en MSD y MID, con desconexión del medio e inicio de movimientos tónico-clónicos generalizados que requiere tratamiento con diazepam iv. Se contacta con 112 y remite a urgencias hospitalarias para valoración neurológica del paciente.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a urgencias hospitalarias el paciente presenta mal estado general, respiración tipo resoplo, responde a su nombre pero no orientado. Mantiene Sat O2 99%, FC 120 y TA 125/64 mmHg. ACP: tonos arrítmicos sin soplos ni roces. MVC sin ruidos sobreañadidos. EEII: pulsos pedios presentes, sin signos de TVP ni edemas. NRL: no orientado ni colaborador, disartria aunque responde por su nombre. Desviación de la mirada conjugada a la derecha, pupilas IC y NR. MOE no valorables. Hemiparesia braquio-crural derecha y desviación de la comisura bucal izquierda. Sensibilidad no valorable. RCP derecho extensor. ROT rotuliano derecho abolido. No signos meníngeos. ECG: Fibrilación auricular a 80 lpm, morfología de BCRIHH. Presenta rachas de taquicardia ventricular limitadas con QRS de distinta morfología. A/S: leucocitos 11.400 (N 68,1%), hemoglobina 15,5, hematocrito 45%, plaquetas 162.000. INR 1, IQ 19%, glucosa 188, creatinina 1,80, sodio 143, potasio 4,2, PCR 1,08, proBNP 5.257. TAC craneal SC: leucoaraiosis con antiguo infarto en zona parietal izquierda. No se visualizan signos de isquemia aguda o sangrado intracraneal. Línea media centrada. Talla ventricular normal. El paciente presenta criterios de exclusión para activar código ictus (tratamiento con anticoagulantes orales y crisis convulsiva) y NHISS 15-21, se decide contactar con UCI por sospecha de ictus cardioembólico en relación con episodios de taquicardia ventricular

Juicio clínico: Ictus cardioembólico en relación a episodios de taquicardia ventricular.

Diagnóstico diferencial: Ictus hemorrágico, LOE cerebral, hematoma subdural, encefalitis, hipoglucemias, epilepsia, síncope, trastorno conversivo.

Comentario final: El paciente presentaba empeoramiento neurológico durante las rachas de taquicardia ventricular por lo que se decide iniciar tratamiento farmacológico con amiodarona 300 mg en 30 minutos y posteriormente perfusión de amiodarona 600 mg en 24 horas. El paciente presenta mejoría neurológica con

recuperación de la fuerza en miembro superior e inferior derecho e ingresó posteriormente en neurología.

Bibliografía

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

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

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

Goldstein LB, El Husseini N. Neurología y cardiología: puntos en contacto. Rev Esp Cardiol. 2011;64(4):319-27.