



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

411/55 - QUÉ NERVIOSO ME HE PUESTO DESDE HACE CINCO HORAS

A. Martínez Asensio, A. Fernández Gómez, X. Martínez Regada, A. Gómez Templado

Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Santa Eulalia. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 44 años con antecedentes de litiasis renal, hernia discal lumbar, depresión y fumador activo sin tratamientos actuales, que acude a urgencias hospitalarias por sensación de palpitaciones persistentes, además de sensación de opresión torácica (“nudo en garganta”) de varios días sin irradiación ni sintomatología vegetativa ni otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable con tendencia a la hipertensión bien tolerada. Afebril, eupneico en reposo, buen estado general. Auscultación cardíaca que impresiona de arritmia o con presencia de pausas compensadoras, sin soplos ni roces. Murmullo vesicular conservado. Abdomen normal. NO edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica linfomonocitosis, sin otras alteraciones. Troponinas 24 ng/l a su llegada, y 12 ng/l a las 3 horas. Rx tórax normal. Electrocardiograma: fibrilación auricular (FA) 90-100 lpm, eje 40 grados, QRS estrecho, elevación punto J en V2-V3.

Orientación diagnóstica: Se orienta como debut de (FA) en paciente joven de 48 horas evolución, sin signos de insuficiencia cardíaca. CHADS₂VASC = 0/HASBLE = 0. Se decide iniciar tratamiento cardioversor con flecainida que revierte a ritmo sinusal 90 lpm. Se decide alta médica de paciente tras 4 horas de estancia en urgencias, con flecainida 50 mg/12h y apixabán 5 mg/12h, y la recomendación de ecocardiograma ambulatorio y seguimiento por cardiólogo.

Diagnóstico diferencial: Arritmia sinusal, extrasístoles con pausas compensatorias, fibrilación auricular. Tromboembolismo pulmonar. Pericarditis/miocarditis. Cardiopatía isquémica.

Comentario final: La importancia de este caso radica no tanto en el diagnóstico que se establece fácil con el electrocardiograma, sino en el tratamiento recomendado desde urgencias. Está bien documentado cardiovertir con antiarrítmicos y mantenerlos en una fibrilación auricular de debut de inicio reciente, pero es cuestionable el inicio de tratamiento anticoagulante, dado el resultado del riesgo tromboembólico del paciente, y a su vez tampoco hay evidencia científica para recomendar un nuevo anticoagulante (NACO), como tratamiento de inicio.

Bibliografía

Pérez Villaroya JC, Barberá Pérez D. Fibrilación auricular. AMF. 2018;14(8):442-54.

Palabras clave: Electrocardiograma. Fibrilación. Antiarrítmico. NACO.