



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



327/34 - EL QT LARGO: UN SIGNO ELECTROCARDIOGRÁFICO INFRAVALORADO Y DE CONSECUENCIAS DESASTROSAS.

O. Casanueva Soler¹; C. Gracia Alloza²; I. García Díaz²; L. Rodríguez Vélez³; R. Correa Gutiérrez⁴; M. Cobo Rossell⁵; M. Alonso Santiago⁶; P. López-alonso Abaitua²; R. Maye Soroa¹; C. Marinero Noval⁷.

¹Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Santander. Cantabria.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander.Cantabria.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de La Sal. Cabezón de La Sal. Cantabria.; ⁶Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁷Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Varón 60 años traído a urgencias en asistolia por PCR en vía pública, reanimada tras 10 minutos de masaje cardiaco y 2 adrenalinas. Su hijastro refiere que estaba sentado y asintomático cuando se desvaneció y que lleva 2 días tomando Azitromicina por una faringitis. Fumador y bebedor moderado. Ingreso hace 6 años por neumonía y episodio sincopal con QT largo transitorio y ecocardiograma normal. Sin tratamiento habitual ni alergias.

Exploración y pruebas complementarias: Tras reanimación, inconsciente con pupilas medias, isocóricas y débilmente reactivas a la luz. Taquicardia y espasticidad espiratoria (IOT). RCP flexor. ECG: asistolia. Tras reanimación (con pulso) ritmo caótico, con QRS ancho y ondas P bloqueadas. En URCC ritmo sinusal con QT de 560 msg. Hemograma, bioquímica y coagulación normales excepto por K 3,3. TAC cerebral sin alteraciones agudas.

Juicio clínico: Encefalopatía postanóxica tras PCR secundaria a QT largo, en probable relación con hipopotasemia y macrólidos.

Diagnóstico diferencial: Diagnóstico diferencial de QT largo: 1) Adquiridas: 1.1) La bradicardia prolonga el QT. 1.2) Numerosos fármacos (antiarrítmicos o no) prolongan el QT: macrólidos, haloperidol, amitriptilina, levofloxacino, azoles...1.3) Hipocalcemia e hipomagnesemia. 1.4) Insuficiencia cardíaca. 1.5) Predisposición genética con polimorfismos predisponentes, no diagnosticados o no conocidos, con QT basal normal, donde algún un disparador, como un fármaco, prolonga el QT. 2) Genéticas: 2.1) Síndrome QT largo tipo 1: arritmias ventriculares al hacer ejercicio o ante estímulos simpáticos. ECG con onda T ancha y de duración prolongada. 2.2) Síndrome QT largo tipo 2: arritmias ventriculares relacionadas con estrés emocional o estímulos auditivos (despertador, teléfono, etc.). El ECG suele tener una onda T bifida, con muescas, de baja amplitud. 2.3) Síndrome QT largo tipo 3: arritmias ventriculares en reposo o durante el sueño.

Relacionadas con mutaciones en el gen SCNA5A- ECG con onda T acuminada, con alargamiento del segmento ST.

Comentario final: El QT largo (>450 ms) es una alteración de la repolarización ventricular asociada a la producción de taquicardia ventricular polimorfa, pudiendo degenerar a fibrilación ventricular y muerte súbita. Así como la elevación o descenso del ST es algo que todos nosotros buscamos en un electro, el QT suele pasar desapercibido para muchos profesionales, por lo que es obligatorio incluir el intervalo QT en nuestra lectura sistemática de electros. En un paciente con electros previos en los que se observa QT largo, además de derivar a Cardiología para estudio genético familiar, se debe ser muy cuidadoso con la medicación administrada y ante determinadas situaciones predisponentes (vómitos, desnutrición...)

Palabras clave: QT largo, PCR

Bibliografía

Goldenberg I, Moss AJ. Long QT syndrome. J Am Coll Cardiol. 2008;51:2291-300.