



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2042 - ¡Se me sale el corazón por el pecho!

A. Sánchez Martínez^a, C. Bolarín Angosto^b, F.M. Aceituno Villalba^c, A. Balsalobre Matencio^b, I.M. Escudero Muñoz^a, M.R. Jiménez Guerrero^d, C. Castillo Ramos^e, S. Falla Jurado^f, D.Á. Rodríguez Palacios^f y A.C. Menéndez López^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrepacheco. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^dMédico de Familia. Urgencias del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier. Murcia. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Sud. Barcelona. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años con antecedentes de tuberculosis en la infancia. Alergia a ácido acetilsalicílico. No tratamiento habitual. Refiere haber sido visto en urgencias por clínica compatible por faringoamigdalitis aguda de madrugada. Acude a consulta por presentar dificultad respiratoria y malestar general tras toma metamizol y dexketoprofeno trometamol vía oral esta mañana. No presenta fiebre. Tras la clínica presentada se realiza electrocardiograma (ECG) y se deriva a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente y orientado. TA 80/50. Saturación de oxígeno 91%. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: arrítmico, sin soplos audibles, tras cardioversión rítmico y murmullo vesicular conservado. Exploración otorrinolaringológica se observa edema de úvula y placa pultácea en amígdala izquierda. Abdomen: blando y depresible, no masas, no megalias, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Presencia de lesiones eritematohabonosas en cara. Analítica: hemograma, bioquímica con perfil hepático y coagulación sin alteraciones. ECG: fibrilación auricular a 140 lpm, sin alteraciones de la repolarización. ECG tras cardioversión eléctrica: ritmo sinusal a 69 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax sin alteraciones.

Juicio clínico: Anafilaxia. Angioedema secundario a AINEs. Fibrilación auricular primer episodio.

Diagnóstico diferencial: Feocromocitoma. Fiebre. Fístula arteriovenosa. Hipertiroidismo. Hipoglucemia. Enfermedad estructural. Ansiedad, ataques de pánico. Trastornos de somatización.

Comentario final: A su llegada a urgencias presenta fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida tras la administración de corticoides, ranitidina, dexclorfeniramina maleato y adrenalina intravenoso. Se encuentra hipotenso y comienza con palpitaciones. Se le realiza cardioversión eléctrica con reversión a ritmo sinusal. Se deriva de forma preferente a Alergia y a Cardiología. Posteriormente se demostró alergia a los antiinflamatorios no esteroideos. En cardiología realizaron ecocardiografía siendo esta normal sin encontrar justificación siendo diagnosticada como primera crisis defibrilación auricular autolimitada. La anafilaxia es un cuadro clínico potencialmente mortal, infradiagnosticado. Los agentes desencadenantes más frecuentes son los fármacos y los alimentos. El tratamiento inmediato correcto con adrenalina, aunque se sabe que está claramente indicado, no se realiza con la frecuencia deseada debido fundamentalmente al elevado número de

casos de anafilaxia que no se diagnostican como tales. En los pacientes que ya han sufrido un primer episodio de anafilaxia, el diagnóstico etiológico posterior es crucial para evitar la aparición de nuevos episodios. La única situación de anafilaxia en la que hay que valorar inmunoterapia con el alérgeno, es aquella en la que el agente causal es el veneno de himenópteros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, McNamara PM. Coronary heart disease and atrial fibrillation: the Framingham Study. *Am Heart J*. 1983;106:389-96.
2. Labadet C, Liniado G, Ferreirós ER, Molina Viamonte V, Di Toro D, Cragolino R, et al. Resultados del Primer Estudio Nacional, Multicéntrico y Prospectivo de Fibrilación Auricular Crónica en la República Argentina. *Rev Argent Cardiol*. 2001;69:49-67.
3. Reardon M, Camm AJ. Atrial fibrillation in the elderly. *Clin Cardiol*. 1996;19:765-75.
4. Frustaci A, Caldarulo M, Buffon A, Bellocchi F, Fenici R, Melina D. Cardiac biopsy in patients with "primary" atrial fibrillation. Histologic evidence of occult myocardial diseases. *Chest*. 1991;100:303-6.
5. Maixent JM, Paganelli F, Scaglione J, Levy S. Antibodies against myosin in sera of patients with idiopathic paroxysmal atrial fibrillation. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 1998;9:612-7.
6. Haissaguerre M, Jais P, Shah DC, Takahashi A, Hocini M, Quiniou G, et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med*. 1998;339:659-66.
7. Allessie M, Rensma P, Brugada J. Pathophysiology of atrial fibrillation. En: Zipes P, Jalife J, editors. *Cardiac electrophysiology: from cell to bedside*. Philadelphia: WB Saunders; 1990. p. 548.