Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):31

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/692 - Palpitaciones en el embarazo

M. Pérez Sola[a], D. Escalada Pellitero[b], P. González Recio[c], B. Martínez Monreal[a], I. Ariño Pérez de Zabalza[d] e I. Santos Sánchez[e]

[a]Médico de Familia. Dirección Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud. Pamplona. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Pamplona. [c]Médico Residente de Medicina Interna; [e]Médico Residente de Cardiología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. [d]Médico Residente de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años gestante de 35 semanas acude a su centro de salud por sensación de palpitaciones desde hace 48 horas. En domicilio se ha tomado la tensión, con cifras normales, aunque no recuerda la frecuencia. No refiere dolor torácico ni disnea, sí astenia y mareo inespecífico. No presenta edemas. No constan otros antecedentes de interés, y en su familia no hay casos de cardiopatía. El seguimiento del embarazo está siendo normal. Se toman constantes, objetivando una frecuencia cardiaca de 180 latidos por minuto, con tensión arterial 140/124 mmHg, saturación de O2 95% con aire ambiente, y temperatura 35 º C.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza un ECG, que muestra una taquicardia rítmica con QRS ensanchado. Se decide derivar a Urgencias hospitalarias con ambulancia medicalizada. Una vez allí se interpreta como una posible taquicardia supraventricular, con una anchura de QRS en torno a 110 ms. Se realizan maniobras vagales en 3 ocasiones, sin resultados. Se decide administrar adenosina en bolo, sin obtener respuesta al primero ni al segundo, de 6 y 12 mg respectivamente. Se plantea la necesidad de cardioversión eléctrica, pero dado el tiempo de evolución y la estabilidad de la paciente se decide administrar diltiazem, considerado seguro en embarazo y lactancia. Ingresa en Observación planteando cardioversión eléctrica si no vuelve a sinusal en 5 horas. Dada la evolución se reevalúa el ECG, y se establece el diagnóstico de taquicardia ventricular.

Juicio clínico: Taquicardia ventricular sostenida en Gestante.

Diagnóstico diferencial: Taquicardia supraventricular con conducción aberrante.

Comentario final: Tras unas horas en observación, la paciente vuelve a ritmo sinusal y se mantiene sin incidencias durante la noche. Se solicita valoración por cardiología, que evalúa tanto los ECG durante la taquicardia, como el basal. En el ECG basal presenta T negativas en precordiales, sin otros hallazgos. Se realiza ecoscopias sin objetivarse alteraciones estructurales en ventrículo derecho. Se contacta también con ginecología, y tras el alta la paciente pasa a consultas de embarazo de alto riesgo.

Bibliografía

1. Ertekin E, van Hagen IM, Salam AM, Ruys TP, et al. Ventricular tachyarrhythmia during pregnancy in women with heart disease: Data from the ROPAC, a registry from the European Society of Cardiology.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Int J Cardiol. 2016;23:220.
2. Alimi H, Samiei N, Madadi S, et al. An Intracardiac Mass in a Pregnant Woman Presenting With Ventricular Tachycardia. Ann Thorac Surg. 2016;101:2388-9.
3. Ahmed A, Phillips JR. Teenage pregnancy with catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia and documented ICD discharges. Clin Case Rep. 2016;4:361-5.

Palabras clave: *Taquicardia. Ventricular. Embarazo.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.