



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1193 - El mareo amenazador

E. Cañada Cámara<sup>a</sup>, C. García Balsalobre<sup>a</sup>, N. Martínez Navarro<sup>b</sup>, A.M. Moreno Rodríguez<sup>c</sup>, M. Pons Claramonte<sup>d</sup>, A.C. Coman<sup>e</sup>, C. Pérez-Crespo Gómez<sup>b</sup>, A. Cebrián Cuenca<sup>b</sup>, M.I. Gómez López<sup>f</sup> y C. Celada Roldán<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de San Antón. Cartagena. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto Puntales. Cádiz. <sup>d</sup>Médico de Familia. Hospital Nostra Señyora de Meritxell. Valencia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Casco. Cartagena. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena.

### Resumen

**Descripción del caso:** JJQ, varón de 47 años. Trabaja en refinería. Casado, con 3 hijos. Fumador 20 cigarrillos/día. Hábito enólico moderado (4 tercios cerveza/día). Sin antecedentes de interés. Consulta a su médico de Atención Primaria (MAP) porque durante una jornada laboral, presentó mareo repentino con recuperación espontánea, y decide acudir ya que nunca antes se había hecho un estudio médico. Refería que durante el evento sufrido no sintió pródromos, no palpitaciones ni limitación funcional. Tampoco posterior al evento.

**Exploración y pruebas complementarias:** IMC: 18,99, TA: 101/46, FC: 89 lpm, T<sup>a</sup>: 36,3 °C, SatO2%: 97. Resto normal. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm. PR 120 ms. QRS estrecho con eje a 60°. Rachas incesantes de taquicardia ventricular monomórfica no sostenida con QRS de 120 ms, morfología de BRD y eje superior y variaciones de la longitud de ciclo, que sugieren un mecanismo automático a nivel del fascículo posterior izquierdo. Radiografía tórax: destaca cierta hiperinsuflación pulmonar y horizontalización de los arcos costales. Se deriva al paciente al servicio de urgencias, donde el cardiólogo confirma el diagnóstico y pauta verapamilo 80 mg cada 12h con el fin de revertir la arritmia y ampliar estudio con Holter y resonancia magnética cardíaca.

**Juicio clínico:** Taquicardia ventricular incesante del fascículo posterior izquierdo, sugestiva de mecanismo focal.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiopatía isquémica crónica, miocardiopatía dilatada idiopática o secundaria a alcohol o enfermedad de Chagas, displasia arritmogénica del ventrículo derecho, taquicardia de tracto de salida o fasciculares.

**Comentario final:** Las taquiarritmias ventriculares suponen más del 80% de las muertes súbitas, aunque se manifiestan sólo en el 2% de los casos. Las formas sostenidas suelen ser arritmias malignas, recurrentes, capaces de degenerar en fibrilación ventricular. Importante detectarlas para evitar complicaciones. En el caso de nuestro paciente, la arritmia ventricular monomorfa de tipo no sostenido se resolvió tras tratamiento con calcioantagonista, confirmándose posteriormente con un Holter y pudiendo suspender la medicación tras 6 meses de tratamiento. Actualmente sigue revisiones periódicas por cardiología y persiste asintomático.

## Bibliografía

1. Biton Y, Goldenberg I, Kutyifa V, Baman JR, Solomon S, Moss AJ, Szepietowska B, McNitt S, Polonsky B, Zareba W, Barsheh A. Relative Wall Thickness and the Risk for Ventricular Tachyarrhythmias in Patients With Left Ventricular Dysfunction. *J Am Coll Cardiol.* 2016;67:303-12.
2. Puie P, Cismaru G, Muresan L, Rosu R, Puiu M, Andronache M, Guseu G, Matuz R, Mircea PA, Pop D, Zdrenghia D. Insights into the mechanism of idiopathic left ventricular tachycardia: a case report and literature review. *Eur J Med Res.* 2015;20:77.

*Palabras clave:* *Myocardial infarction. Heart arrest. Tachycardia. Ventricular.*