



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1196 - ¿Estoy enfermo del corazón?

N. Guerrero Lugo^a, W. Elgeadi Saleh^a, R. Julián Viñals^b, I. Loza García^c, M.J. Prado Coste^d, N.E. Terrero Ledesma^e, J. Cuichán Arias^f e I. Silveira Camargos^g

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid. ^cMédico de Familia; ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. ^dMédico Residente. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. ^eMédico Residente. Centro de Salud Zona IV. Albacete. ^gMédico Residente. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años que acude por cuadro de dos semanas de evolución de palpitaciones ocasionales, que en la última semana asocia ortopnea, disnea paroxística nocturna y sensación de opresión torácica. Refiere que la sintomatología comenzó tras un cuadro gripal con fiebre y tos seca, actualmente afebril pero persiste con tos tratada por su MAP con salbutamol, con lo que refiere empeoramiento. Mareos en relación a las palpitaciones, sin síncope. No disnea ni angor de esfuerzo. No edemas. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. HDE. CyO. Afebril. Eupneico en reposo. BHN y P. TA: 121/94. FC: 166. SatO₂: 97%. CYC: no IY. AC: arrítmica sin soplos. AP: MVC ligeros crepitantes base izquierda. EEII: no edemas. ECG: taquicardia regular de QRS ancho con morfología de BRI a 160 lpm, sin identificarse clara actividad auricular. ECG (tras digoxina): flutter auricular de conducción AV variable con RV a 110 lpm con QRS ancho. RxT: aorta elongada. ICT límite alto. EPOC. Laboratorio: HB: 15,3. Leucocitos 14.700, plaquetas: 337.000. INR: 1. Cr 1,17. Na: 142. K: 4,4. NTproBNP: 2.934. TnI: 0,12. Gasometría: normal.

Juicio clínico: Flutter auricular atípico con RVR.

Diagnóstico diferencial: Fibrilación auricular con RVR. Taquicardia ventricular. Taquicardia paroxística supraventricular, preexcitación ventricular.

Comentario final: Se administra inicialmente una ampolla de digoxina, con control de frecuencia del flutter a 60 lpm. Se decide realizar ecocardiograma transesofágico, que muestra orejuelas izquierdas y derechas libres de trombos, con disfunción moderada de VI, sin valvulopatías. Posteriormente se procede a cardioversión eléctrica bajo sedación con un choque de 100 J, saliendo a ritmo sinusal. Sin complicaciones. Permaneció en urgencias 12h, no presentando nuevos eventos. Ante un paciente con palpitaciones es primordial realizar una buena anamnesis y exploración física ya que nos puede orientar al juicio diagnóstico más probable.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Perez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Elsevier, 2015;146-52.

2. Otomo K. Arritmias Cardíacas. 2007;4:421-32.
3. Morady F. Cardioversion Electrica. 2004;27:125-47.
4. Scheinman MM. The 1998 naspe prospective catheter ablation registry. Pacing Clin Electrophysiol. 2000;23:1020-8.

Palabras clave: Taquicardia. Flutter. Cardioversión Eléctrica.