



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

242/410 - GESTANTE CON TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR... ¿Y AHORA QUÉ HACEMOS?

T. Guerrero Ruiz^a, M. García Caballos^b y M. Jiménez Jiménez^b

^aMédico SCCU. Complejo Hospitalario de Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Peligros. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 16 años, gestante de 10 semanas, con antecedentes de epilepsia, que acude a un servicio de urgencias por episodio sincopal. A su llegada se realiza un ECG donde se objetiva una taquicardia rítmica de QRS estrecho a unos 180 lpm, compatible con taquicardia paroxística supraventricular. Se pasa a la paciente al box de críticos para revertir la taquicardia. En primer lugar, se realizan maniobras vasovagales pero no se consigue revertir la taquicardia. Finalmente se administran 6 mg + 12 mg de adenosina. Durante el bloqueo se aprecia la existencia de actividad auricular por presencia de ondas P sobre el trazado de asistolia. Rehistoriando al familiar nos comenta que llevaba varios días sin tomarse la medicación antiepileptica y que el episodio sincopal ha sido similar a las crisis convulsivas que suele presentar la paciente. Administrando diazepam iv se consigue frenar la taquicardia sinusal, que fue reactiva al episodio convulsivo. Permaneció unas horas monitorizada en área de observación, derivándose finalmente al alta con un ritmo sinusal a 90 lpm.

Exploración y pruebas complementarias: Mujer con aceptable estado general, bien hidratada y perfundida. Sin signos de dificultad respiratoria. Exploración neurológica sin alteraciones. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, taquicárdicos sin soplos. ECG: taquicardia rítmica de QRS estrecho a 180 lpm. Analítica normal.

Juicio clínico: Taquicardia sinusal secundaria a crisis convulsiva en gestante de 10 semanas.

Diagnóstico diferencial: Taquicardia paroxística supraventricular. Síncope cardiogénico.

Comentario final: Aunque las arritmias sean una de las consultas más frecuentes durante la gestación, la mayoría suelen ser benignas. En el caso de la TPSV debemos considerar como tratamiento en primer lugar el reposo, sedación y el uso de maniobras vagales. Si esto no es eficaz, está indicado el uso de la adenosina por vía intravenosa rápida, siendo el fármaco más seguro dada su vida media corta. En este caso, la adenosina no sirvió para poder diagnosticar el tipo de taquicardia. Se trataba de una taquicardia sinusal que había sido reactiva a la crisis convulsiva de la paciente.

Bibliografía

1. Iberca-Vela T, Palma-Amaro J, García-Cosío F. Arritmias y Embarazo. Rev Esp Cardiol. 1997;50:749-59.

Palabras clave: Taquicardia supraventricular. Gestante.