



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3152 - LA IMPORTANCIA DEL ELECTROCARDIOGRAMA

J. Jiménez Gallardo^a, R. Reyes Vallejo^b, I. Gutiérrez París^c y E. de Rodrigo Tobías^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años con antecedentes personales de HTA, DM II, hiperlipemia, EPOC sin oxigenoterapia domiciliaria, MCD de origen isquémico revascularizada con disfunción severa y fracción de eyección deprimida con múltiples revascularizaciones, claudicación intermitente con prótesis endovascular en arteria iliaca externa en 2012. Ca vesical en remisión. Paciente asintomático, salvo disnea a moderados esfuerzos habitual en él, acude a consulta de Centro de Salud para control rutinario de TA y realización de electrocardiograma. Observamos en el mismo rachas de taquicardia ventricular no sostenida de unos 6 latidos con morfología de BCRIHH y eje izquierdo. Ante dichos hallazgos contactamos con Cardiología y se le comenta el caso y debido a los antecedentes personales previamente descritos deciden ingreso para estudio y ver evolución.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 147/78, FC 85. Sat O2 95%. EKG: ritmo sinusal con rachas de TV no sostenida de unos 6 latidos con imagen de BCRIHH y eje izquierdo. Radiografía de tórax: cardiomegalia, sin imágenes de condensación ni derrame. RM cardiaca.

Orientación diagnóstica: TV no sostenida a estudio.

Diagnóstico diferencial: Taquicardia supraventricular. Bloqueo de rama preexistente. Bloqueo de rama funcional (aberrancia). Preexcitación (WPW).

Comentario final: Durante su ingreso se monitoriza al paciente y se confirma la existencia de dichas rachas frecuentes de TV no sostenida, se realiza estudio cardiaco con cardioresonancia magnética y finalmente se decide implantación de DAI.

Bibliografía

1. Mirowski M, Reid PR, Mower MM, et al. Termination of malignant ventricular arrhythmias with an implanted automatic defibrillator in human beings. N Engl J Med. 1980;303: 322-4.
2. Almendral J, Beiras J, Moya A, et al. Indicaciones actuales del desfibrilador automático implantable. En: Sociedad Española de Cardiología. Normas de actuación clínica en cardiología. 1996;281-93.
3. Almendral J, Villacastín J, Arenal A, et al. Selección de opciones terapéuticas en pacientes con taquiarritmias ventriculares sostenidas. Rev Esp Cardiol. 1994;47:104-12.

4. ACC/AHA Task force. Guidelines for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices. J Am Coll Cardiol. 1991;18:1-13.

Palabras clave: Taquicardia ventricular no sostenida. DAI.