

## 347/3152 - LA IMPORTANCIA DEL ELECTROCARDIOGRAMA

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

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba. <sup>d</sup>Médico 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 cardíaco con cardiorresonancia 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.