

347/1502 - NO TODO ES AMIODARONA

X. Romaní Faro^a, A. Pérez Pérez^b y E. Lozano Loaiza^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Línea de la Concepción. Cádiz. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Cádiz. ^cMedicina Interna. Hospital de La Línea. SAS. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 42 años que acude a centro de atención primaria rural a primera hora de la mañana por palpitaciones y mareos, sin dolor torácico ni disnea, sólo se acompañaba de ligero malestar general de 14 horas de evolución. El paciente no presentaba ningún antecedente médico de interés, era deportista y negaba hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada: TA: 140/90 mmHg; FC: 110 lpm; SatO2: 96%. T^a 37,4 °C. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. No ingurgitación yugular. AC: rítmico sin soplos, roces o extratonos. AP: murmullo vesicular conservado sin otros hallazgos. Abdomen: depresible, no doloroso, no visceromegalias. Peristalsis presente. Extremidades: no edemas, pulsos distales presentes y simétricos. ECG: taquicardia a 110 lpm, QRS ancho sostenido, al ser una taquicardia lenta se visualizaba la disociación aurículo-ventricular.

Orientación diagnóstica: Taquicardia de QRS ancho sintomática.

Diagnóstico diferencial: Displasia arritmogénica de ventrículo derecho. Infarto agudo de miocardio. Idiopática.

Comentario final: Se avisa a DCCU y por colapso tarda más de 40 minutos, se administra amiodarona iv. Por empeoramiento del estado general, TA 101/60, se decide cardioversión eléctrica no saliendo tras 3 choques a 200J bifásico. Se administra 100 mg lidocaína iv revirtiendo a ritmo sinusal a 105 lpm. El paciente se traslada a hospital de referencia y posteriormente ingresa en UCI donde se realiza analítica general con perfil cardíaco sin hallazgos significativos; cateterismo, ergometría, ecocardiografía y estudio arritmogénico siendo todas las pruebas negativas. Al alta se pauta sotalol y derivación a cardiología, permaneciendo actualmente asintomático. Las arritmias cardíacas suponen una gran carga económica debido a su alta morbilidad y mortalidad. La ACLS recomiendan el uso preferencial de la amiodarona y segunda línea procainamida (cuando no hay patología estructural) en la TV estable con complejo ancho. Limitándose el uso de la lidocaína al tratamiento de 2º línea en la FV y TV sin pulso refractarias al choque eléctrico o cuando haya sospecha de patología estructural. El sotalol es útil en la profilaxis de TV.

Bibliografía

1. Craig T, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm

Society. J Am Coll Cardiol. 2014;64(21):2246-80.

Palabras clave: Taquicardia. lidocaÍna.