



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4651 - UNA ITU "COMPLICADA"

R. Mediavilla Martín^a, T. Delgado Santillana^b, S. de la Fuente Ballesteros^c y S. Molano Ruiz^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Comuneros. Burgos. ^bMédico Residente de 2^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Comuneros. Burgos. ^cMédico Residente de 2^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años, portador de sonda vesical por retención aguda de orina, que acudió a consulta por disuria. No fiebre ni otros síntomas urinarios. Se realizó análisis de orina in situ donde sólo se obtuvo leucocituria. Se remitió muestra para urocultivo y se inició antibioterapia con amoxicilina/ác. clavulánico 500/125 mg cada 8 horas durante 7 días. Unos días más tarde nos consulta por persistencia de los síntomas urinarios. Decidimos retirar antibioterapia y, ante los resultados del urocultivo positivos para C. albicans, iniciamos tratamiento con fluconazol 200 mg cada 24 horas durante 7 días y retirada de sonda vesical. Sin antecedentes personales relevantes ni tratamiento habitual. A los 6 días de la última consulta el paciente acude de nuevo. Presenta elevado estado de ansiedad. Comenta que ha sufrido un síncope sin pródromos recuperado en segundos tras levantarse para orinar esta mañana.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración por aparatos estrictamente normal. Se realiza electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal a 110 latidos por minuto, QRS estrecho, QTc alargado no conocido, no otras alteraciones en la repolarización.

Orientación diagnóstica: Síndrome QT largo (SQTL) sintomático.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía estructural, alteraciones electrolíticas, bradiarritmia, taquiarritmia.

Comentario final: Tras el resultado en el ECG se suspendió el fluconazol y se derivó al paciente a Urgencias Hospitalarias para valoración por cardiólogo de guardia que realizó estudio con telemetría hasta normalización del ECG. El SQTL es una alteración de los canales iónicos que puede predisponer a arritmias ventriculares malignas e incluso a la muerte súbita. Puede ser congénito o adquirido. La forma adquirida se relaciona principalmente con el uso de fármacos como los antiarrítmicos, antihistamínicos, antimicrobianos o algunos psicofármacos entre otros. Se pueden consultar en www.qtdrugs.org. Otras causas adquiridas son la hipocaliemia, la hipomagnesemia o la bradicardia. La presentación clínica es variable pudiendo ser asintomática o generar clínica como palpitaciones, síncope e incluso parada cardiaca. El manejo del SQTL sintomático precisa monitorización y es hospitalario mientras que el asintomático requiere conocer el factor desencadenante para la retirada del mismo.

Bibliografía

1. Berul CI. Acquired long QT syndrome: Clinical manifestations, diagnosis, and management. UpToDate, 2018 [consultado 30-8-2018]. Disponible en:

https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/acquired-long-qt-syndrome-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=qt%20prolongado&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2?2156786952

Palabras clave: Síndrome de QT prolongado. Fluconazol. Síncope.