

424/4069 - MALESTAR GENERAL DE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN

M. Rodríguez González¹, P. Canellas Sánchez², E. Torres Clemente² y D. Comps Almunia³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Barbastro. Huesca. ²Médico de Familia. Hospital Barbastro. Huesca. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Barbastro. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 79 años, con antecedentes de HTA, insuficiencia renal crónica (IRC), síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) anterolateral en 2003 (triple bypass), miocardiopatía dilatada isquémica con disfunción de ventrículo izquierdo grave, fibrilación auricular (FA) paroxística, implante desfibrilador automático implantable (DAI) en 2008, accidente cerebro vascular (ACV) isquémico cortical, adenocarcinoma pulmón estadio IV (sin alternativa terapéutica). En tratamiento con valsartán/sacubitrilo, bisoprolol, amiodarona y rivaroxabán. Derivado por médico desde domicilio por malestar general de 12 horas de evolución junto a náuseas y molestia epigástrica. No dolor torácico ni palpitaciones. Afebril. Niega cuadro catarral en días previos. No alteraciones miccionales ni en deposiciones.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 103/57 mmHg, FC: 138 lpm, Sat O₂: 97%. Palidez mucocutánea. Leve deshidratación. Tonos rítmicos. Hipoventilación en ambos hemitórax. Abdomen blando y depresible. Edemas con fóvea hasta tercio medio inferior piernas. No signos de trombosis venosa profunda. ECG: taquicardia de QRS ancho rítmica a 138 lpm. Analítica: hemoglobina 11,8 g/dL, leucocitos $12,9 \times 10^9$ /L, creatinina 2,89 mg/dL, potasio 5,6 mEq/L, troponina 56 ng/dL, pro-BNP > 350.000 pg/mL. Rx tórax: derrame pleural izquierdo. Se administran 2 bolos de procainamida intravenosa, pasando a ritmo sinusal a 60 lpm, PR > 20 ms, QRS 126 ms con morfología de bloqueo de rama izquierda (BRI). Se deriva al Cardiología, recibiendo tratamiento con dobutamina y furosemida, junto a corticoides y broncodilatadores por bronquitis aguda, retirándose valsartán por hipotensión. Se sustituye rivaroxabán por apixabán. La Unidad de Arritmias confirma DAI normofuncionante, pautando zona de monitorización a 133 lpm, terapias > 182 lpm y posibilidad desactivación tras estadio avanzado. Tras curso favorable es dado de alta.

Orientación diagnóstica: Taquicardia ventricular monomorfa sostenida. Insuficiencia cardiaca. Bronquitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse con taquicardia supraventricular con conducción anormal, empleando diferentes algoritmos: de Brugada y/o de Vereckei.

Comentario final: Destacar la importancia de llevar a cabo una adecuada interpretación del ECG desde Atención Primaria, para intervenir precozmente y preservar la estabilidad hemodinámica del paciente. Así mismo, tener presente los parámetros de funcionamiento de los DAI.

Bibliografía

1. Tordini A, Leonelli FM, De Ponti R, Bagliani G, Donzelli S, Lazzari L et al. Challenging cases of wide complex tachycardias: use and limits of algorithms. *Card Electrophysiol Clin.* 2019;11(2):301-14.
2. Brady WJ, Mattu A, Tabas J, Ferguson JD. The differential diagnosis of wide QRS complex tachycardia. *Am J Emerg Med.* 2017;35(10):1525-9.

Palabras clave: Taquicardia ventricular monomorfa sostenida. DAI.