

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

424/1857 - TAQUICARDIA VENTRICULAR POST-INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

P. García Marcos¹, M. Gómez Sánchez², Á. Núñez Crespo³ y A. Afonso Luis⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años diabético tipo 2, dislipémico, hipertenso y fumador de 2 cajetillas diarias, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria tras haber comenzado hace 30 minutos con dolor torácico de carácter opresivo, que no irradia a otras regiones, y el cual no ha cedido con la sedestación ni con nitroglicerina sublingual. No mareo ni pérdida de conocimiento. Entre sus antecedentes destaca un infarto agudo de miocardio (IAM) inferior en 2016, tratado con fibrinólisis y posterior colocación de dos stents a nivel de arteria coronaria derecha.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientado. Normocoloración cutaneomucosa. Eupneico. Tórax: ruidos cardíacos ritmicos, taquicárdico. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Extremidades inferiores: no edema ni signos de TVP. TA: 113/70 mmHG FC: 205 lpm Sat. O2: 95% T^a: 36,5 °C. Se realiza un ECG: taquicardia de QRS ancho sostenida a 205 lpm. Se monitoriza al paciente y se realiza masaje del seno carotideo sin efecto sobre la taquicardia. Por lo que, dados los antecedentes de cardiopatía isquémica que presenta el paciente, se etiqueta como taquicardia ventricular monomorfa sostenida bien tolerada hemodinámicamente, y se decide iniciar perfusión de amiodarona 5 mg/kg intravenoso. Se deriva a Servicio de Cardiología tras contacto con cardiólogo de guardia. Al fracasar el tratamiento farmacológico a su llegada se le realiza cardioversión eléctrica. Posteriormente se le realiza ablación del sustrato arritmogénico.

Orientación diagnóstica: Taquicardia ventricular monomorfa sostenida en paciente post-IAM.

Diagnóstico diferencial: Taquicardias de QRS ancho. Regulares: taquicardia ventricular monomorfa. Taquicardia antídromica por reentrada por vía accesoria. Taquicardia auricular con conducción aberrante. Irregulares: fibrilación auricular pre-excitada. Taquicardia ventricular polimorfa. Fibrilación auricular con conducción aberrante

Comentario final: La presencia de una taquicardia monomorfa de QRS ancho se considera una taquicardia ventricular hasta que no se demuestre lo contrario. El tratamiento agudo puede consistir en cardioversión eléctrica o farmacológica (procainamida o amiodarona) si el paciente está estable, o cardioversión eléctrica si el paciente está inestable.

Bibliografía

1. Taquicardia Ventricular - Arritmias.es [Internet]. Arritmias.es. 2019 [citado 24 Julio 2019]. Disponible en: <http://arritmias.es/taquicardia-ventricular/7>
2. Taquicardia ventricular (TV), Trastornos cardiovasculares. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2019 [citado 24 Julio 2019]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-cardiovasculares/arritmias-y-trastornos-de-la-conducci%C3%B3n-card%C3%ADaca/taquicardia-ventricular-tv>

Palabras clave: Taquicardia ventricular. Amiodarona.