



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

## 482/1443 - DISNEA DE ESFUERZO; LA IMPORTANCIA DEL ELECTROCARDIOGRAMA

F. Bravo Ábalos<sup>1</sup>, F. González Martínez<sup>2</sup>, J. Jiménez Gallardo<sup>3</sup> y M. Gámiz Gámiz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. <sup>2</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. Córdoba. <sup>3</sup>Especialista en Medicina de Emergencias Sanitarias. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>4</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 70 años con antecedentes personales de hipertensión, diabetes tipo II, hiperlipemia, EPOC sin oxigenoterapia domiciliaria, miocardiopatía dilatada de origen isquémico revascularizada con disfunción grave y fracción de eyección deprimida, claudicación intermitente con prótesis endovascular en arteria iliaca externa. Carcinoma vesical en remisión. Acude a consulta de Atención Primaria asintomático, salvo disnea a moderados esfuerzos habitual en él, para control rutinario de tensión arterial. Ante el hallazgo de frecuencia cardiaca elevada, se realiza ECG, donde se objetivan rachas de taquicardia ventricular no sostenida de unos 6 latidos con morfología de bloqueo completo de rama izquierda y eje izquierdo. Ante dichos hallazgos se contacta con Cardiología para comentar el caso y se decide traslado a Servicio de Urgencias e ingreso a su cargo para estudio y observación.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial 147/78, Frecuencia cardíaca 85. Saturación de oxígeno 95%. ECG en ritmo sinusal, con rachas de taquicardia ventricular no sostenida de unos 6 latidos con imagen de bloqueo completo de rama izquierda y eje izquierdo. Radiografía de tórax con cardiomegalia, sin imágenes de condensación ni derrame. Hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos valorables. Resonancia cardiaca sin hallazgos valorables.

**Orientación diagnóstica:** Taquicardia ventricular no sostenida a estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Taquicardia supraventricular. Bloqueo de rama preexistente. Bloqueo de rama funcional (aberrancia). Preexcitación (WPW).

**Comentario final:** Con este caso se pretende poner de manifiesto la importancia de la exploración básica en la consulta de Atención Primaria, a pesar de que el paciente no reporte empeoramiento de su clínica de base, de cara a detectar posibles complicaciones en un estadio precoz que aún no haya ocasionado síntomas.

### Bibliografía

1. Mirowski M, Reid PR, Mower MM, Watkins L, Gottu L, Schanble J, 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, Farré J. Indicaciones actuales del desfibrilador automático implantable. En: Sociedad Española de Cardiología. Normas de actuación clínica en cardiología, 1996; p. 281-93.
3. Almendral J, Villacastín J, Arenal A, Medina O, Peinado R, Merino JL, et al. Selección de opciones terapéuticas en pacientes con taquiarritmias ventriculares sostenidas. Rev Esp Cardiol. 1994;47:104-12.

**Palabras clave:** Disnea. Taquicardia ventricular no sostenida. DAI.