



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 377/35 - COMENZÓ COMO UN MAREO

C. Estébanez Prieto<sup>1</sup>, I. Vilariño Fariña<sup>2</sup>, A. Terriza Ríos<sup>1</sup>, M. Rodríguez Alonso<sup>2</sup>, I. Campuzano Juárez<sup>3</sup>, S. Peña Lozano<sup>4</sup>, M. Rodríguez Martín<sup>4</sup>, Y. González Silva<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste. <sup>2</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste. <sup>3</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste. <sup>4</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste. <sup>5</sup>Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años. AP: HTA en tratamiento con candesartán/hidroclorotiazida 16/12.5 mg/24 horas. Acude a consulta por presentar desde las últimas 3 semanas, tras infección respiratoria, cuadro de mareo, inestabilidad, sudoración y astenia que empeora con el ejercicio, sin disnea ni dolor torácico. Se realiza ECG: FA a 100 lpm. Se deriva a Urgencias para valoración y tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración neurológica: PICNR, sin nistagmus, sin alteraciones de pares craneales, fuerza y sensibilidad 5/5, Romberg negativo. Otoscopia normal. Auscultación cardiopulmonar: taquiarritmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: normal. Extremidades inferiores: sin alteraciones. Analítica: series roja, blanca, plaquetar, coagulación, iones y función renal sin alteraciones patológicas. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. Estando en observación revierte a ritmo sinusal a 55 lpm, permaneciendo asintomática. Se le da el alta con Bisoprolol 2.5 mg/12 horas y Eliquis 5 mg/12 horas.

**Juicio clínico:** Fibrilación auricular paroxística.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades sistémicas: DM, hipoglucemia, hipotiroidismo, anemia, hipotensión arterial. Tóxicos y fármacos. Enfermedades del sistema vestibular y propioceptivo. Enfermedades del SNC: vasculares cerebrales. Origen psicógeno. Postraumático.

**Comentario final:** El mareo es un motivo de consulta muy habitual y que abarca múltiples etiologías. Como médicos de Atención Primaria, a través de una correcta anamnesis, exploración física y a través de pruebas complementarias que disponemos en el centro de salud podemos llegar en bastantes ocasiones al diagnóstico, y lo que es más importante, descartar causas potencialmente graves. La mayoría de las causas de mareo no son graves y mejoran por sí mismas de forma rápida o son fáciles de tratar. Las afecciones más graves incluyen: problemas cardíacos, como arritmias, accidente cerebrovascular, sangrado y shock. La clínica de la FA va desde el paciente asintomático hasta la aparición de dolor torácico, disnea, palpitaciones, intolerancia al esfuerzo o sensación de mareo. En pacientes con cardiopatía estructural un episodio de FA puede ser causa de edema agudo de pulmón, angina o síncope. El tratamiento de la FA en fase aguda es el mismo que para cualquier taquiarritmia, mientras que a medio-largo plazo se individualiza entre una estrategia de control del ritmo o de la frecuencia, además de valorar la indicación de anticoagulación. Nuestra paciente en revisiones

por parte de Cardiología, en registro holter-ECG se detecta ritmo sinusal alternado con paroxismos de FA y pausas sinusales de hasta 4.5 segundos durante el momento de reversión a ritmo sinusal desde la FA. La paciente niega sintomatología, se le pauta tranexámico y suspende bisoprolol y se deriva a la Unidad de Arritmias. En TC coronario previo a ablación se detecta ateromatosis coronaria subsidiaria de cateterismo cardiaco programado. Durante el ingreso en estudio electrofisiológico con intención de ablación de istmo cavotricuspídeo se detecta flutter auricular izquierdo y FA y presenta pausas significativas post-taquicardia, por lo que finalmente se le implanta marcapasos bicameral sin complicaciones.

## Bibliografía

Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC, endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). Eur Heart J. 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210>.