Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):8

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/27 - Taquicardia Ventricular

V.E. Choquehuanca Núñez[a], M. García Aroca[b], K.P. Baldeón Cuenca[c], A. Nofan Maayah[d], M. Caballero Álvarez[e], M.A. Hidalgo González[f] y A. Asturias Saiz[f]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II. Santander. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Dolores. Cartagena. [c]Médico de Familia. CS Vallobín La Florida. Oviedo. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. [f]Médico Residente de 1er año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años que acude a SUAP por palpitaciones de forma brusca en región precordial sin cortejo vegetativo ni dolor torácico con antecedentes personales de HTA e hipertrofia ventricular izquierda, con FA permanente desde el 2006 con BRD y HBA con recambio valvular aórtico en octubre del 2015 e implantación de MPS epicárdico (lateral nasal izquierdo) presentando complicación post IQ un BAV completo dependiente de MPS (biotronik) con último ETT 2015 con HVI moderado y FEVI normal. Se realiza ECG encontrando taquicardia con QRS ancho con BRD rS en V6 a 150 lpm iniciando un bolo de amiodarona avisando a unidad móvil medicalizada y derivación a urgencias Valdecilla donde lo recibe el equipo de cardiología intentando cardioversión eléctrica en 2 oportunidades sin éxito, posteriormente inician bolo de adenosina 12 mg para descartar posibilidad de flutter auricular sin evidencia del mismo apoyando la sospecha de taquicardia ventricular incesante lenta. Mantiene perfusión de amiodarona hasta el cese de la misma monitorizando las 24h en unidad de coronarias valorando la posibilidad de procainamida en caso persistiese la arritmia.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 125/75, FC: 85, Tª: 36,5 ºC, SatO2: 96% ambiente. Consciente orientado 3 esferas bien perfundido PVY ligeramente elevada. CV: soplo sistólico II/VI aórtico secundario ruido normal. Resto exploración conservada. Hemograma: Hb: 12,1, Hto: 35% plqts: 216.000 act protombina: 69%. TP: 21. INR: 3,42. Troponina: normal. Bioquímica: creat: 1,11, Na: 133, K: 4,8. ECG: taquicardia QRS ancho BRD y BSA a 150 lpm, Rx tórax: cardiomegalia no signos de HTA venocapilar, presencia de cable epicardio de marcapasos. Ecocardiograma: HVI moderada con FEVI normal prótesis normofuncionante.

Juicio clínico: Taquicardia ventricular incesante lenta.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio vs flutter auricular atípico, taquicardia supraventricular vs disfunción de marcapasos vs disfunción válvula protésica aórtica (endocarditis bacteriana vs rotura válvula protésica) vs descompensación o agravamiento de cardiopatía conocida (ICC).

Comentario final: A la situación de pacientes cardiópatas portadores de prótesis mecánicas o biológicas con/sin anticoagulación terapéutica, es necesario un estrecho control por parte del médico de atención primaria y su médico cardiólogo con la finalidad hacer el seguimiento y revaluaciones posteriores con la finalidad de mantener preservar la calidad de vida del paciente que según estudios llegan a tener una sobrevida de unos 10 a 15 años. en cuanto a las complicaciones la identificación temprana de las misma requiere una atención urgente en centro hospitalario de 3er nivel activando los dispositivos necesarios aplicando los protocolos de atención primaria

BIBLIOGRAFÍA

1. Matiz C, Gutiérrez de Piñeres O. Electrocardiografía Básica. En: Matiz C, Gutiérrez de Piñeres O, eds. Electrocardiografía Clínica Aplicada. Santafé de Bogotá. Escuela Colombiana de Medicina, 2013.

2. Fish C. Electrocardiography. En: Braunwald E, ed. Heart Disease, 5th ed. Philadelphia. W.B. Saunders Company. 2015.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.