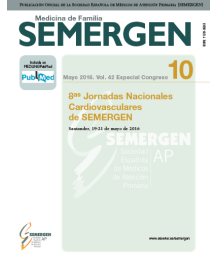




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/71 - Taquicardia ventricular en atención primaria

J.S. Serrano Hernández<sup>a</sup>, F.J. Lendines Ramiro<sup>b</sup>, K.P. Baldeón Cuenca<sup>c</sup>, E.F. Calatayud Redondo<sup>a</sup>, A. Vasquez Sánchez<sup>d</sup> y A.N. Maayah<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Laredo. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. SUAP Santoña. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Besaya. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Hospital Sierrallana. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 55 años, es hipertenso desde hace 10 años de difícil control y episodios en el último año de crisis hipertensiva sin afectación a órgano diana conocido, que ha precisado ingresos hospitalarios cortos y manejado con antihipertensivos endovenosos, consumidor ocasional de cocaína. Acude a urgencias de atención primaria con clínica de 12 horas de evolución caracterizada por sensación de mareo sin giro de objetos, náuseas y palpitaciones epigástricas sin definir claramente dolor, se objetiva taquicardia regular con complejo QRS ancho a 185 lpm sostenida, se deriva a Urgencias de Hospital donde progresivamente presenta inestabilidad hemodinámica al encontrarse mal perfundido y tendente a la hipotensión.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: consciente, correctamente orientado, palidez de mucosas, sudoración profusa, TA: 75/55, FC: 189 lpm, SatO<sub>2</sub>: 96%, t<sup>a</sup>: 35,2 °C, No soplos carotídeos, No ingurgitación yugular visible, AC: rítmico, sin soplos, AP: hipofonesis en ambas bases pulmonares, abdomen no doloroso, frialdad periférica y aumento relleno capilar distal, pulsos pedios presentes. Se procedió a cardioversión sincronizada a 300 julios previo protocolo de choque, saliendo en ritmo sinusal. Durante su estancia en la unidad de críticos se confirmó ecocardiograma: grave disfunción de ventrículo izquierdo, discinesia compatible con aneurisma septal inferomedial sin trombos asociados, biopsia cardiaca que confirma miocarditis granulomatosa probable sarcoidosis. Se colocó DAI bicameral y se inició tratamiento con corticoides y amiodarona.

**Juicio clínico:** Taquicardia ventricular como debut de sarcoidosis.

**Diagnóstico diferencial:** Miocardiopatía por tóxicos. Cardiopatía isquémica.

**Comentario final:** Excelente evolución clínica y hemodinámica, clase funcional I con recuperación de los parámetros normales de la función del ventrículo izquierdo, aunque con persistencia de un deterioro leve de las áreas aneurismáticas descritas en el ecocardiograma. Las arritmias cardíacas constituyen un problema frecuente en la práctica clínica diaria. Su forma de presentación puede variar desde un episodio súbito y grave, ocasionalmente fatal, hasta una normalidad clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Almedral Garrote J, Martín Huerta E, Medina Moreno O, Peinado Peinado R, Pérez Álvarez L, Ruíz Granell R, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas. Rev Esp Cardiol 2001;54:307-67.
2. Cline DM. Tratamiento de las arritmias y farmacología cardiovascular. En: American College of Emergency Physicians. Manual de Medicina de Urgencias, 4ª ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana, 1998.
3. García García J, Serrano Sánchez JA, Del Castillo Arrojo S, Cantalapiedra Alsed.o, Villacastín J, Almendral J, et al. Predictores de muerte súbita en la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol. 2000;53:440-62.