



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/58 - TORSADES Y EPISODIO SINCOPIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Nofan Maayah^a, K. Baldeón Cuenca^b, M. García Aroca^c, V. Choquehuanca Núñez^d, J. Bustamante Odriozola^e, F. Rey Cascajón^f, I. Ortiz Lebaniegos^g, M. Santos Gravalosa^h, A. Linares Borgesⁱ y W. Ferrero Ohseⁱ

^aMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Torrelavega. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. ^eMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. ^fMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ^gMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Aranda Norte. Burgos. ⁱMédico de Familia. Área Sanitaria Avilés.

Resumen

Descripción del caso: Describimos el caso de un paciente de 70 años sin antecedentes de interés que presenta, mientras bailaba en un centro cívico, episodio de mareo con cuadro sincopal y recuperación parcial, con persistencia de mareo y cuadro vegetativo al levantarse y realizar cualquier movimiento. Se activa al equipo de urgencias de la zona con llegada en menos de 10 minutos. A nuestra llegada el paciente mareado, sudoroso y pálido sin alteraciones neurológicas pero persiste malestar, por lo que se decide traslado al hospital para estabilización y pruebas complementarias. Durante el traslado el paciente asintomático hasta el hospital.

Exploración y pruebas complementarias: En la valoración primaria no se objetivan alteraciones neurológicas ni cardiovasculares de interés. TA 110/60 con una frecuencia cardiaca de 65 y saturación de 98%. EKG con ritmo sinusal a 70x. Analítica Hospitalaria normal.

Juicio clínico: Torsade de pointes, BAVC.

Diagnóstico diferencial: Taquicardia supraventricular con conducción aberrante, otras taquicardias ventriculares. Vértigos centrales. Síncope.

Comentario final: Dado el cuadro se traslada al paciente monitorizado en todo momento. Durante el traslado el paciente se mantiene estable, comenzando cuadro de mareo y cortejo vegetativo cerca del hospital, evidenciando en el monitor una TV polimórfica tipo Torsade de pointes que requiere tratamiento inicial con sulfato de magnesio (2 gm iv en 60 sg) con mejoría de la clínica y de las alteraciones en el monitor. Posteriormente presenta cuadro de bloqueo AV 2º por lo que se decide traslado a coronarias para valoración de marcapasos. Las torsade de pointes es la causa más frecuente de muerte súbita (5% de ellas son por Tdp), suele ser autolimitada en el tiempo y/o asociarse a un cuadro de BAVC como en el caso. La mayoría son cuadros secundarios a un QT largo (> 0,60 ms o QTc > 044 ms), aunque su mecanismo electrofisiológico y tratamiento siguen siendo inciertos. Existen estudios que indican que una sobreestimulación con marcapasos pueden ser eficaces. Las causas más frecuentes de prolongación del QT y que aumentan el riesgo de torsades son las alteraciones iónicas (hipomagnesemia, hipopotasemia, hipocalcemia), hipertensión arterial, bloqueos av completos, antiarrítmicos Ia y III y fármacos antidepresivos entre otras. Por lo tanto la Tdp es una

patología poco frecuente a tener en cuenta cuyo tratamiento será etiológico si es posible, salvo en situaciones de inestabilidad que será la cardioversión sincronizada.

Bibliografía

1. Muñoz Castellano J, et al. Síndrome QT largo y torsade de pointes. Emergencias. 2004;16:85-92.

Palabras clave: Torsade de pointes