



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/758 - EL ECG PATRÓN DE ORO DIAGNÓSTICO, O NO...

M.C. Naranjo Ratia^a, M.I. Muñoz González^b, C.M. Aznar Zamora^c y A.J. Zarallo Pérez^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. ^bMédico de Familia; ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 16 años que mientras practicaba deporte comienza con sensación de palpitaciones junto con mareos motivo por el que acude a servicio de urgencias. No disnea, o dolor torácico, no otros síntomas. Afebril. Niega consumo de tóxicos ni alcohol. No AP.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada y colaboradora, no cortejo vegetativo, Glasgow 15/15, AC: taquicardia sin soplos audibles. AP: normal. TA: 120/70, FC: 250 lpm, SatO₂: 100% basal, glucemia: 85. Asintomática. ECG: taquicardia con QRS ancho a 250 lpm, con rachas compatibles con taquicardia ventricular. Ante los hallazgos obtenidos en el ECG pero teniendo en cuenta la estabilidad de la paciente, se descarta cardioversión eléctrica y se decide administrar amiodarona, ya que nos encontramos ante una taquicardia de QRS ancho con rachas de TV. Previo a la administración de la medicación y durante la exploración física, con respiración controlada revierte a ritmo sinusal, presentando entonces un ECG sin alteraciones, con QRS dentro de la normalidad. Nos planteamos que probablemente no estábamos ante una taquicardia ventricular, por la evolución que había tenido. Es trasladada al hospital para valoración y monitorización, dada de alta pendiente de valoración cardiológica con diagnóstico de "taquicardia sinusal". Posteriormente vuelve a presentar un episodio similar practicando deporte, presentando un ECG similar, con exploración nuevamente dentro de la normalidad y encontrándose asintomática. Esta vez no revierte tras maniobras de Valsalva. Se administra 6 mg de adenosina revirtiendo, presentando posteriormente un ECG a ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización. En esta ocasión si es valorado por servicio de cardiología, diagnosticándola de una taquicardia supraventricular con aberrancia de rama izquierda compatible con el ECG que presentaba y forma de presentación clínica, citan para realización de EEF y ablación.

Juicio clínico: Taquicardia supraventricular con aberrancia de rama izquierda.

Diagnóstico diferencial: Taquicardia supraventricular, taquicardia supraventricular con QRS ancho, taquicardia ventricular.

Comentario final: Un ECG debe ir siempre acompañado de una historia clínica, tan importante es saber interpretar un ECG como realizar una correcta anamnesis y exploración física, ya que de ello dependerá nuestra actuación a seguir. En nuestro caso, dada la disociación clínica y diagnóstica, hay que tener claro el algoritmo diagnóstico a seguir, nuestra paciente permaneció estable en todo momento por lo que no se beneficiaría de terapias invasivas, al ser una taquicardia con QRS ancho,

inicialmente se descarta una taquicardia supraventricular, que mas tarde, por el comportamiento vemos que se trataba de taquicardia supraventricular con aberrancia de rama izquierda. Por tanto, hay que actuar teniendo en cuenta una correcta anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, y sin perder el sentido común.

Bibliografía

1. Almendral J, Castellanos E, Ortiz M. Taquicardias paroxísticas supraventriculares y síndromes de preexcitación. Revista Española de Cardiología.
2. Guías ERC 2010.

Palabras clave: *Taquicardia supraventricular. Arritmia.*