



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-179 - OCULTO EN EL EMBARAZO

G. García Olivares^a, P.M. Martos Sánchez^b y R. Reyes Aguilar^a

^aCS Virgen de Mar. ^bCS Almería Periferia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 49 años gestante de 23 semanas. Tratamiento: ácido fólico, enoxaparina sódica 60 mg. IQ: 2 salpingectomía por 2 embarazos ectópicos. AP: 3 abortos, y gestación donación de óvulo. Paciente acude a consulta refiriendo palpitaciones de reciente comienzo. En EKG taquicardia QRS estrecho, 170 lpm, no cede con maniobras vagales llamando a 061 para traslado. En URG se certifica la TQSV, administran 6 mg adenosin trifosfato, revirtiendo a sinusal, en 5 minutos paciente entra en TQSV requiriendo 6 mg de adenosina revirtiendo. Ingresa área de Observación, presentando nuevo episodio de TQSV requiriendo 12 mg de adenosina. Valorada por cardiólogo prescribiendo 2,5 mg bisoprolol/24h y derivación consulta arritmias. Valorada por ginecólogo: feto estable. Tras alta paciente crisis taquicárdicas casi diarias requiriendo adenosina. Consulta arritmias: labetalol 150 mg/8 sin éxito, cambiando 5 mg bisoprolol/12h y derivada Servicio arritmias del Hospital Virgen de las Nieves para estudio electrofisiológico y ablación.

Exploración y pruebas complementarias: COC, BEG, normohidratada, normoperfundida, normocoloreada, taquipneica en reposo, tolera de manera decúbito. TA: 96/60. Sat: 97%. ACR: tonos rítmicos, taquicárdicos, no soplos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abd: normal para gestante 23 semanas. MMII: no edemas, no signos de TVP. EKG: taquicardia de QRS estrecho, con P retrógrada tras QRS. Ecografía abdominal: Feto con LCF +, movimiento fetal+, líquido amniótico normal, placenta normoinsera. Ecocardio: normal. Bioquímica: glucosa 92 mg/dL, urea 12 mg/dL, creatinina 0,67 mg/dL, amilasa 87 U/L, Na 139 mEq/L, K 3,71 mg/dL, PCR 0,9 mg/dL. Hemograma: Hg 12,1 g/dL, HTO 32,4%, VCM 92. Leucocitos 9.800 con 67,7% de neutrófilos. Plaquetas 235.000. Coagulación: normal. TSH 2,1. Uroanálisis: normal.

Juicio clínico: Taquicardia supraventricular ortodrómica por vía accesoria oculta en ausencia de causas orgánicas.

Diagnóstico diferencial: Taquicardia intranodal común. Taquicardia intranodal no común. Taquicardia sinusal. Taquicardia Coumel. Síndrome Wolf Parkinson White. Crisis tiorotóxica.

Comentario Final: Muchas conexiones anómalas saltanillos mitral o tricúspide conectando eléctricamente aurículas con ventrículos al margen del sistema específico de conducción, constituidas por fibras de miocardio normal de trabajo. Si la capacidad conducir en sentido retrógrado, en determinadas condiciones producen activación cardiaca reentrantre, donde impulsos auriculares, que se propagan a los ventrículos, retornan a aurículas propagándose por vía accesoria.

Si perpetúa es TSV por reentrada o por movimiento circular o con participación de vía accesoria. Estas taquicardias el sistema de conducción se utiliza en la misma dirección que en condiciones normales, se denominan también taquicardias ortodrómicas. No es infrecuente que las vías accesorias sólo tengan conducción en sentido ventriculoauricular. En estos casos no apreciaremos anomalías en el ECG en ritmo sinusal, pero pueden producirse TSV con participación de vía accesoria. Este tipo de vías se llaman vías accesorias ocultas porque no se ven en el ECG durante ritmo sinusal

BIBLIOGRAFÍA

1. Lessmeier TJ, Gamperling D, Johnson-Liddon V, Fromm BS, Steinman RT, Meissner MD, et al. Unrecognized paroxysmal supraventricular tachycardia. Potential for misdiagnosis as panic disorder. *Arch Intern Med.* 1997;157:537-43.
2. Tada H, Oral H, Greenstein R, Pelosi F, Knight BP, Strickberger SA, et al. Analysis of age of onset of accessory pathway-mediated tachycardia in men and women. *Am J Cardiol.* 2002;89:470-1.