



160/2289 - CLARITROMICINA, AMIODARONA Y METOCLOPRAMIDA: "AMISTADES PELIGROSAS"

R. Castro Prieto^a, C. Fleitas Quintero^b y C. Cayón de las Cuevas^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Laredo. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Los Valles. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años, alérgico a la penicilina, diagnosticado de ACxFA paroxística, en tratamiento con Adiro y amiodarona. Acude a la consulta por fiebre, odinofagia y náuseas. Es diagnosticado de amigdalitis, iniciándose tratamiento con claritromicina y metoclopramida. A los tres días, acude por cansancio y mareos, habiendo mejorado su sintomatología faringoamigdalal.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física es normal a excepción de un pulso lento, por lo que se realiza un ECG, en el que se objetiva una bradicardia a 40pm. con alternancia de latidos nodales y sinusales, asociado a un intervalo QT muy prolongado (QT = 0,60 sg; QTc = 0,49 sg). Revisado un ECG antiguo, el QTc estaba en el límite alto del rango normal (0,44 sg).

Juicio clínico: Ante la sospecha de un síndrome del QT largo adquirido por efecto farmacológico, se procede a la retirada de la amiodarona, claritromicina y metoclopramida, normalizándose el QTc. Estos tres fármacos pueden alargar el intervalo QT y por tanto desencadenar un efecto proarrítmico potencialmente deletéreo (taquicardia ventricular polimórfica- Torsade de Pointes). Síndrome del QT largo adquirido por efecto farmacológico,.

Diagnóstico diferencial: Síndrome del QT largo congénito.

Comentario final: El síndrome del QT largo puede ser congénito pero más frecuentemente es adquirido por la administración de fármacos. El rango normal del QT es 0,38-0,44 sg. La prolongación de dicho intervalo confiere un mayor riesgo de muerte súbita por Torsade de Pointes. Por tanto es importante para los médicos de AP conocer dichos fármacos e identificar con prontitud dicha anomalía del ECG para, valorando riesgo-beneficio, reevaluar el tratamiento pautado, como en nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medeiros-Domingo A, Iturralde-Torres P, Ackerman M.J. Clínica y genética en el síndrome de QT largo. Rev Esp Cardiol. 2007;60:739-52.