



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2277 - Muerto el perro se acabó la rabia

M. Clemente García^a, A. Ruíz García^b, J. García Sáez^c, M.E. Ruíz García^d, P.R. Oliva Femenia^e, L. Bernabé Vera^f, C. Flores Álvarez^g, A. Vázquez Ballesta^g, O.J. Huerta de Mora^h y A. Lueje Saorín^g

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

^bMédico de Familia. Centro de Salud de Carlet. Valencia. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. ^dEnfermera. Centro de Salud de Abarán. Abarán. Murcia.

^eEnfermero. Atención Primaria Centro de Salud de Yecla. Murcia. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Santomera. Murcia. ^hMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años, sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento crónico, que consulta en urgencias por 2 episodios de dolor torácico con disnea, irradiado a MSI y espalda, acompañado de náuseas, en un periodo de 4 días. Se descarta patología isquémica detectando una FA de origen incierto por lo que se inicia tratamiento anticoagulante y se envía a consultas externas de Cardiología.

Exploración y pruebas complementarias: TA 133/72, Tª 36,6 °C, FC 95 lpm, Sat O2 96%. BEG. Consciente y orientada. Lenguaje fluido sin elementos afásicos. Sin focalidad neurológica aparente. AC: arrítmica. AP: normal. Abdomen: normal. MMII: No edemas, resto normal. Analítica: iones normales, serie roja normal, serie blanca normal, enzimas cardíacas normales. Rx tórax: normal. ECG: FA con respuesta ventricular a 102 lpm. QRS estrecho. No alteraciones en la repolarización. No signos de HVI. Cardiología analítica: TSH < 0,005, T4I 2,78. Ecocardiografía: Leve hipertrofia concéntrica de VI con FEVI preservada y variable ciclo a ciclo por FA. Leve dilatación biauricular en el seno de FA.

Juicio clínico: Hipertiroidismo primario. FA de cronología indeterminada (probablemente secundaria a hipertiroidismo).

Diagnóstico diferencial: Enfermedad cardíaca o valvular: cardiopatía isquémica, enfermedad cardíaca reumática, estenosis mitral, enfermedad del seno, síndrome de preexcitación, Wolf Parkinson White (WPW), insuficiencia cardíaca, cardiomiopatía, enfermedad pericárdica, defecto del tabique interauricular, mixoma auricular; causas no cardíacas: HTA, tirotoxicosis (hipertiroidismo), infecciones agudas (neumonía, etc.), depleción electrolítica, cáncer de pulmón, otros problemas intratorácicos, embolismo pulmonar, diabetes, síndrome de apnea del sueño; relacionados con la dieta y estilos de vida: sobrecarga emocional o física, consumo excesivo de alcohol, consumo de cocaína, obesidad.

Comentario final: La fibrilación auricular es la segunda arritmia más frecuente en el hipertiroidismo manifiesto, y se produce en un 10-15% de los pacientes; su prevalencia aumenta con la edad. Puede restablecerse el ritmo sinusal en hasta dos tercios de los pacientes con hipertiroidismo manifiesto, pero la mayor edad y el mayor tiempo de evolución de la fibrilación auricular se asocian a tasas más altas de arritmia persistente. Hay escasa evidencia de que el tratamiento del hipertiroidismo subclínico facilite la reversión de la fibrilación auricular a ritmo sinusal normal. Se inició tratamiento con Tirodril y seguimiento por endocrinología. Al presentar una puntuación CHAD-VACS de 2 se decidió anticoagulación con Sintrom hasta realización de CVE, que pasó a ritmo sinusal. Tras 4 meses en ritmo sinusal se suspendió Sintrom, continuando con Tirodril. Cabe destacar lo importante que fue en este caso la realización TSH descubriendo así la causa de la FA, de modo que esta paciente solo se sometió a anticoagulantes el tiempo necesario hasta cardiovertirla a ritmo sinusal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Clínica de Fibrilación Auricular. Rev Esp Cardiol. 2011;64:220-31.