



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1183 - Taquicardia sinusal en paciente joven: ¿cuál es su causa?

M.E. Moreno Martín-Vivaldi^a, I. Ruíz del Álamo^b y C. Martínez del Valle Martínez^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años que acude a urgencias con sensación de palpitations. No tenía antecedentes personales ni familiares de interés. Cinco días antes había tenido un cólico nefrítico, y estaba en tratamiento en su domicilio con antiinflamatorios. Refería que horas antes empezó a tener sensación de malestar general, con náuseas sin vómitos, sudoración profusa, y sin otra sintomatología. No había tenido dolor torácico ni disnea, y sólo refería hormigueo en la región gemelar como único síntoma. Las palpitations comenzaron de forma espontánea, sin esfuerzo previo. Tras la realización de pruebas complementarias se ingresó a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general. Consciente y orientado en tiempo y espacio, con palidez de piel y bien hidratado. Su tensión arterial (TA) era de 127/82, con una frecuencia cardiaca de 135 latidos por minuto (lpm). La saturación de oxígeno era de 98% y la frecuencia respiratoria de 25 respiraciones por minuto. Su auscultación cardiorrespiratoria era rítmica pero taquicárdica, sin ruidos patológicos respiratorios ni cardiacos. No tenía edemas, ni signos de TVP (trombosis venosa profunda) en miembros inferiores. La exploración neurológica no mostró focalidad. El electrocardiograma realizado mostró una taquicardia sinusal a 130 lpm. No había alteraciones de la repolarización, y sólo se apreciaba un bloqueo incompleto de rama derecha. Se le pidió una analítica completa que incluía hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría venosa, de los cuales resultaron alterados: troponinas 240 y dímero D 15. La gasometría mostraba una alcalosis respiratoria compensada. Ante los hallazgos se pidió un angioTC de arterias pulmonares que mostraba defectos de replección en ambas arterias principales, compatible con Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Diagnóstico diferencial: Taquicardia paroxística supraventricular, fibrilación auricular, flutter auricular, rabiomiolisis, síndrome hemolítico urémico.

Comentario final: Los pacientes jóvenes que acuden a urgencias no tienen sólo enfermedades banales, como se puede pensar que ocurra muchas ocasiones. Hay veces que un paciente de edad media puede tener patologías que no corresponden con su condición y que se nos escapan del diagnóstico diferencial, sólo por su edad. Hay que tener claro que una taquicardia es reflejo de que

algo en el organismo no está funcionando bien. Aunque el resto de la exploración sea normal debemos descartar desde lo más banal a lo más grave porque sólo así ofreceremos a nuestros pacientes la mejor atención, y salvándoles la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taylor Thompson B, Hales CA. Overview of acute pulmonary embolism in adults. Diciembre 2014. Uptodate. Última actualización Junio 2015.
2. Homoud MK. Sinus tachycardia: Evaluation and management. Mayo 2015. Uptodate. Última actualización Junio 2015.