



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/680 - Un electrocardiograma tras síncope e hipotensión. A propósito de un caso

C. Barcones Gómez<sup>a</sup>, J.L. Almenara Abellán<sup>b</sup>, F.J. Roquette Mateos<sup>c</sup> y E. Navarrete Martínez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Adjunto de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 79 años, con hipertensión arterial, hipercolesterolemia, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica, demencia por cuerpos de Lewy, DAVBD. Intervención quirúrgicas: Comunicación interauricular tipo ostium secundum en 1984. Tratamiento: ácido acetilsalicílico 100 mg, flecainida 100 mg; simvastatina 20 mg, olanzapina 5 mg, rivastigmina 9,5 mg, omeprazol 20 mg, enalapril 20 mg. Acude a urgencias remitida por personal sanitario de su residencia por presentar dos horas previas cuadro sincopal de minutos de duración, junto con cifras tensionales de 80/40 mmHg objetivadas en dicho centro.

**Exploración y pruebas complementarias:** AEG, despierta, demenciada y poco colaboradora, Afebril, TA 90/50, FC 125 lpm, NH y NP, Eupneica en reposo con saturación al 98%. A su llegada al hospital se le realiza electrocardiograma objetivándose una taquicardia de complejo ancho a 120 lpm compatible con una fibrilación auricular con BRDHH. ACR: tonos arritmicos con tendencia a la taquicardia sin soplos audibles. MVC globalmente disminuido sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin masas, no doloroso a la palpación. EEII: No edemas ni signos de TVP. Pulsos conservados. Analítica para descartar trastornos metabólicos y radiografía anteroposterior de tórax, se realiza interconsulta a cardiología dada la estabilidad actual de la paciente para realización de ecoscopia y tras la misma con resultado normal se decide administrar dos ampollas de digoxina 0,25 mg. Realizamos electrocardiograma con fibrilación auricular. Pruebas complementarias normales. Suspendemos flecainida e iniciamos tratamiento con metildigoxina 0,1 mg/24 horas con descanso los sábados y domingos.

**Juicio clínico:** Síncope. Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.

**Diagnóstico diferencial:** Taquicardia supraventricular. Flutter auricular. Taquicardia ventricular con pulso.

**Comentario final:** Es de vital importancia establecer rápidamente si la arritmia genera inestabilidad hemodinámica. Ante un paciente inestable, con cifras tensionales bajas (< 90 mmHg de PAS; < 65 mmHg de PAD) o con compromiso de la conciencia como es este caso de inicio; debemos de intentar revertir la arritmia para poder recuperar tanto la presión arterial adecuada como el estado de conciencia. En este caso, la taquiarritmia independientemente del tipo de ritmo específico que presente, ante inestabilidad hemodinámica debemos realizar una cardioversión eléctrica. A la

llegada a nuestro servicio la paciente se encontraba estable, por lo que pudimos manejar la taquiarritmia con tratamiento farmacológico.

## **Bibliografía**

1. Harrison, Principios de Medicina Interna, 18ª ed, Mc Graw-Hill.

**Palabras clave:** *Síncope. Fibrilación auricular. Taquiarritmia.*

212/686

Diagnóstico electrocardiográfico de la pericarditis aguda. A propósito de un caso

C. del Pozo Vegas<sup>a</sup>, V.M. Hortigüela del Cura<sup>b</sup>, J.A. Esteves Baldo<sup>c</sup>, S. Rodríguez Concheso<sup>d</sup>, F.J. Campillo Tomaino<sup>d</sup>, E.R. Lovell<sup>b</sup>, C. López Villar<sup>e</sup>, C. Laserna del Gallego<sup>f</sup>, J.J. Tejero de Santiago<sup>g</sup> y M. Celorrio San Miguel<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>h</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Victoria. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circular. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canterac. Valladolid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Magdalena. Valladolid. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid.

**Descripción del caso:** Paciente que consulta en los últimos días repetidamente en Atención Primaria y Urgencias por dolor en hemitórax izquierdo e hiperventilación que mejora con alprazolam. Niega hábitos tóxicos o factores de riesgo cardiovascular. Nunca se han objetivado alteraciones en las pruebas complementarias. En la última visita a Urgencias el paciente presenta poliartralgias sin fiebre termometrada. Niega disnea o cortejo vegetativo. El dolor no cambia con la postura.

**Exploración y pruebas complementarias:** No se identifican soplos, roces o extratonos. Se repite el electrocardiograma objetivando un descenso del PR en precordiales y una elevación del PR en la derivación aVR como único hallazgo. En la analítica destacan 12,1 Leucocitos (N 76%), PCR 45 mg/dl. Marcadores de daño miocárdico negativos.

**Juicio clínico:** Pericarditis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome coronario agudo, miocarditis, dolor torácico mecánico, infección respiratoria, neumotórax.

**Comentario final:** El paciente recibió tratamiento con ibuprofeno y colchicina siendo revisado al mes en consulta de Cardiología donde se le realizó una ecocardiografía que no objetivó alteraciones en el tamaño de las cámaras cardíacas, defectos de la contractilidad, valvulopatías o derrame pericárdico. El paciente no ha vuelto a visitar la consulta de su médico o el Servicio de Urgencias. La incidencia de pericarditis aguda en países mediterráneos es de aproximadamente 30 casos/100.000 habitantes y año. La pericarditis causa el 0,1% de todos los ingresos hospitalarios y un 5% de los ingresos en urgencias por dolor torácico. Añadida a los AINES la colchicina ha demostrado mejorar el control sintomático y prevenir las recurrencias.

## **Bibliografía**

1. Fardman A, Charron P, Imazio M, Adler Y. European Guidelines on Pericardial Diseases: a Focused Review of Novel Aspects. *Curr Cardiol Rep.* 2016;5:46.
2. Imazio M, Gaita F, LeWinter M. Evaluation and Treatment of Pericarditis: A Systematic Review. *JAMA.* 2015;314:1498-506.
3. Adler Y, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: *Eur. Heart J.* 2015;36:2921-64.

**Palabras clave:** *Pericarditis. Dolor torácico. Ansiedad. Electrocardiograma.*