



242/4630 - SHOCK CARDIOGÉNICO PRECIPITADO POR CALCIOANTAGONISTAS

A. Bote Palacio^a, Y. Torres Ortiz^b y M. Reyes Jara^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera V Río Tajo. Talavera de la Reina. Toledo. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Olalla. Profesor Asociado Universidad CLM. Toledo. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alfás del Pi. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años, sin FRCV conocidos, bebedor y consumidor ocasional de cocaína consulta a médico de Atención Primaria por palpitaciones y disnea. En el Centro de Salud, y posteriormente en Hospital, se trata con betabloqueantes y calcioantagonistas tras evidenciar FA con RVR. El paciente evoluciona hacia shock cardiogénico, precisando IOT y drogas vasoactivas. Ante la mala evolución y la aparición de datos de fracaso orgánico se traslada a UCI.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 111/78 mmHg; FC: 97 lpm; FR: 15 rpm; T^a: 35,5 °C; SpO₂: 96%. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. AC: arrítmico, tonos apagados, sin soplos ni extratonos. ECG: FA con RVR a 150-170 lpm, BIRDHH y T aplanadas. Analítica: normal, salvo dímero D 842 ng/ml y Cr 1,39 mg/dl, con Na 133 mEq/L. Microbiología: negativo. Rx tórax: cardiomegalia. Ecocardiograma: VD dilatado (DTS 60 mm) con FEVI 5-10%. AngioTC tórax: descarta TEP. Coronariografía: no lesiones angiográficas.

Juicio clínico: Shock cardiogénico que precisa soporte con drogas vasoactivas y ventilación mecánica precipitado por el tratamiento betabloqueante y calcioantagonista por FA con RVR.

Diagnóstico diferencial: Ante la clínica y la evolución presentada por el paciente, el diagnóstico diferencial incluyó posibles procesos obstructivos agudos que comprometiesen el llenado o el vaciado ventricular (TEP masivo, taponamiento cardíaco, mixoma auricular, disección aórtica o neumotórax a tensión), necrosis extensa secundaria a IAM, disfunción miocárdica aguda (miocarditis, miocardiopatías, fármacos depresores de la función ventricular) o valvulopatías (regurgitación valvular aguda, estenosis aórtica crítica).

Comentario final: Ante un paciente con shock cardiogénico, una de las medidas generales es la corrección de posibles arritmias, intentando restaurar el ritmo sinusal para que la función contráctil del miocardio sea más efectiva. En el caso de una FA con RVR está indicada la administración de digoxina. Deben evitarse fármacos depresores de la función miocárdica, como el verapamilo. En caso de que el tratamiento farmacológico no sea efectivo se procederá a la CVE urgente.

Bibliografía

1. ACC/AHA Task Force Report. Guidelines for the evaluation and management of heart failure. *Circulation*. 1995;92:2764-84.
2. The Task Force on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The treatment of heart failure. *Eur Heart J*. 1997;18:736-53.

Palabras clave: Shock cardiogénico. Calcioantagonista. Fibrilación auricular.