



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/941 - TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Cabello Orozco^a, V. Jiménez Gutiérrez^b y P. Domínguez Sánchez^a

^aMédico de Familia. SCCU Hospital de Jerez. Cádiz. ^bMédico de Familia. DCCU Jerez Costa- Noroeste. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón 47 años. No RAMS. No AP. MC: Palpitaciones. Trasladado al hospital desde centro de salud por TSV 180 lpm, inestabilidad hemodinámica (pálido, sudoroso, dolor centrotorácico, hipotensión). Valorado por DCCU, realizan CVE (70J, 100J, 120J) sin éxito. El día previo consulta por clínica similar, tratado con betabloqueantes. Posible BAV2^o en ECG, no administran adenosina. Alta en situación clínica estable.

Exploración y pruebas complementarias: Llega a sala de RCP persistiendo inestabilidad hemodinámica, TA: 70/50 mmHg, FR 18, saturación 100%, pulsos palpables, ACP: taquicardia sin soplos. MVC, crepitantes en base derecha, resto sin hallazgos. ECG: TSV 170 lpm, eje izquierdo. Hemograma, bioquímica, coagulación, radiografía de tórax, normales, NT-proBNP 6000. Comentamos con UCI, deciden ingreso a su cargo. CVE 200J sin éxito, inician perfusión de amiodarona, apareciendo rachas de 120 lpm alternando con RS. Interconsulta con Cardiología, por persistencia de la clínica más insuficiencia cardíaca, recomiendan flecainida, sin respuesta adecuada a la misma. Tras cateterismo e infusión de isoprotenerol, estable sin la aparición de nuevas arritmias.

Juicio clínico: TSV sintomática, Insuficiencia cardíaca.

Diagnóstico diferencial: FA-flutter, síndrome de Wolf-Parkinson-White.

Comentario final: Según bibliografía, palpitaciones como motivo de consulta muy frecuente en atención primaria; deben documentarse en electrocardiograma, por ende las arritmias son una de las patologías que más intranquilidad provoca en el MAP, duda en decidir qué fármaco utilizar por temor a empeorar el cuadro. Tratamiento según tipo de arritmia, intensidad de los síntomas, presencia o no de cardiopatía estructural subyacente. Objetivo: tratar el episodio agudo (taquicardia sostenida), a largo plazo prevenir/controlar nuevos episodios arrítmicos, evitar la muerte súbita (arritmias ventriculares malignas). En todo paciente con TPSV de QRS estrecho, mal tolerada, debe realizarse CVE, tal y como se hizo en nuestro caso, éste de mayor complejidad por la falta de respuesta a ella y la necesidad de interconsulta con otros especialistas por el difícil control.

Bibliografía

1. Fernández Armenta J, Calvo Galiano N, Penela D, García Bolao I. Actualización en Taquicardia Ventricular Medicine. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado.

2013;11(39):2346-55.

2. Baquero Alonso M, Rodríguez Martín AM, González Carnero R, Gómez Santana JC, de Haro Muñoz J. SEMERGEN Med Fam. 2010;36(4):e1-e14.

Palabras clave: Taquicardia supraventricular. Arritmia. Preexcitación.