



242/2574 - UN ELECTROCARDIOGRAMA DE SUSTO

G. Benito Ramos^a, R. del Olmo Zamora^a, C. Reyes Fiz^a y A. Martín Herruzo^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud El Bercial. Getafe. Madrid. ^bMédico de Familia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años, fumador, sin otros FRCV ni antecedentes de interés. Presenta palpitaciones de media hora de evolución, sin dolor torácico ni disnea. Episodios previos similares, autolimitados con maniobras de Valsalva y estudiado con electrocardiograma normal.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 153/87, FC 128 lpm, SatO₂ 96%. Afebril. AC: arrítmico sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Sin edemas. Electrocardiograma: fibrilación auricular (FA) con rachas de taquicardia regular de QRS ancho en salvas compatible con taquicardia ventricular monomorfa no sostenida (TVMNS). Se avisa al servicio de emergencias. Se administra amiodarona con paso a FA a 120 lpm y posteriormente a ritmo sinusal. Ingresado en cardiología, se descarta cardiopatía estructural, se realiza estudio electrofisiológico observándose una taquicardia intranodal inductora de FA y de salvas de TV repetitiva del tracto de salida del ventrículo derecho, ambas sometidas a ablación eficaz.

Juicio clínico: Taquicardia intranodal inductora de FA y salvas de TV.

Diagnóstico diferencial: Ante una taquicardia de QRS ancho debe hacerse valoración clínica y hemodinámica inmediata. Puede ser de origen ventricular (TV) o supraventricular (TSV) conducida con aberrancia o vía accesoria. En presencia de inestabilidad el tratamiento de elección es la cardioversión eléctrica (CVE). En estabilidad hemodinámica, si se sospecha TSV se puede aplicar el mismo tratamiento que una TSV de QRS estrecho (maniobras vagales, adenosina o ATP). Si existen dudas acerca del origen ventricular o supraventricular de la arritmia, debe tratarse como una TV; procainamida o amiodarona. Si el tratamiento farmacológico no es efectivo, proceder a CVE. Las TV pueden aparecer sobre alteraciones estructurales cardíacas (cardiopatía isquémica) o pueden originarse en corazones normales, como las TV idiopáticas de los tractos de salida ventriculares. Las TV pueden aparecer en salvas o ser sostenidas (más de 30 segundos o inestabilidad hemodinámica).

Comentario final: Dos ideas claves en el manejo de las taquicardias de QRS ancho; evaluar la estabilidad hemodinámica y actuar como si fuesen de origen ventricular cuando existan dudas del origen.

Bibliografía

1. Pérez Alva JC. Cardiología en el área de urgencias, 2^a ed. México: Masson Doyma México, S.A; 2014: 195-226.

2. Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias, 4ª ed. Toledo: Sanidad y Ediciones, S.L. (SANED); 2014.

Palabras clave: Taquicardia. Arritmias cardíacas. Electrocardiografía.