



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/66 - DOCTORA, ESTOY ACELERADO

V. Correa Gómez<sup>a</sup> y S. Gómez Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 51 años, acude a consulta de médico de familia a primera hora de la mañana, refiriendo malestar general con palpitaciones tras levantarse. Está muy nervioso, comenta que le ha pasado en varias ocasiones en los últimos días, achacándolo a estrés laboral, pero esta vez está durando más. Asociado a sensación de inestabilidad, sin pérdida de conocimiento. No dolor torácico, no cortejo vegetativo, no disnea, no otra sintomatología acompañante. Sin antecedentes personales de interés ni tratamiento farmacológico habitual. Exfumador desde hace 12 años. Niega consumo de tóxicos. Divorciado, con 2 hijos universitarios. Dueño de un quiosco de prensa que en los últimos tiempos presenta pocas ventas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general e inquietud. Eupneico y normocoloreado. TA 80/60 mmHg, SatO<sub>2</sub> 98% y afebril. En auscultación sorprende una taquicardia difícil de cuantificar. Resto de exploración dentro de la normalidad. ECG: taquicardia de QRS ancho y RR regular a 180 lpm. Dado a los hallazgos se traslada a Urgencias Hospitalarias. Se administra perfusión de amiodarona consiguiendo ECG con ritmo sinusal a 70 lpm e ingresa en Medicina Interna para estudio. Se le realizan numerosas pruebas complementarias destacando: TSH 0,01 µUI/ml, T4 2,5 µg/dl, anticuerpos tiroglobina y receptores TSH negativos. Ecografía de tiroides con nódulo hipoecogénico de 4 mm en lóbulo izquierdo. Resto de pruebas sin hallazgos de interés. El paciente permanece asintomático tomando betabloqueantes.

**Orientación diagnóstica:** Se diagnostica de hipertiroidismo, se deriva a Endocrinología y se da de alta con carvedilol 25 mg/24h y tiamazol 5 mg/8h.

**Diagnóstico diferencial:** Habrá que buscar el origen de la taquicardia ventricular, descartando entre: cardiopatía isquémica, ansiedad, consumo de tóxicos, hipertiroidismo, fiebre, hipovolemia...

**Comentario final:** Al inicio de la valoración de este paciente se podría pensar en un cuadro de ansiedad dado al estrés. Pero una vez más la exploración y la simple realización del ECG nos orienta a algo más. Su médico de familia se sorprendió al visualizar una taquicardia ventricular monomorfa sostenida, esta puede degenerar en fibrilación ventricular o muerte súbita. Por ello se recomienda mantener al paciente en observación y buscar el diagnóstico etiológico, en este caso el hipertiroidismo.

## Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

**Palabras clave:** Taquicardia. Hipertiroidismo.