



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/2613 - INFRECUENTE PERO GRAVE, EL INTERVALO QT EXISTE

C. Morales Rodríguez<sup>a</sup>, G. López Martos<sup>a</sup> y M. López Salas<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Granada-La Chana.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 87 años con antecedentes de HTA, DM II, Cardiopatía hipertensiva, hipertensión pulmonar grave, marcapasos VVI por FA lenta y usuaria de OCD con disnea basal CF III. En tratamiento con ramipril, apixaban metformina, eplerenona y furosemda. Avisan para valoración domiciliar por fiebre, tos y aumento de disnea de 2 días de evolución. Tras valorarla se constata una descompensación de la IC y una infección respiratoria iniciando tratamiento con moxifloxacino. A los 2 días de iniciar nuestro tratamiento sufrió una PCR. Ingresa en UCI donde objetivan varios episodios de TV polimórfica compatible con Torsade de Pointes. Se consigue estabilizarla con varias desfibrilaciones más y magnesio i.v quedando hemodinámicamente estable con ritmo de MP a 50 lpm.

**Exploración y pruebas complementarias:** Superada la TV la paciente estaba consciente y orientada sin presentar déficit neurológico residual. Se reprogramó el marcapasos a una frecuencia más elevada. En la analítica destacaba una Hb de 10,8, Cr de 1,65, urea de 114 mg/dl, BNP de 1.700 siendo el resto de los parámetros normales. El ECG mostraba un ritmo de MP a 80 lpm, QRS estimulado con morfología de BRIHH y T negativa generalizada. Se realiza una ecocardiografía TT en la que destaca una gran dilatación biauricular, un VD con contractilidad deprimida y una hipertensión pulmonar grave. El VI presentaba diámetros, paredes y FE normales. Valorada por la Unidad de Arritmias se descarta la implantación de un DAI dada la reversibilidad de la causa de la TV. Ingresa en planta de cardiología donde es tratada con cefditoreno y medidas de control de la IC. Evoluciona favorablemente dándola de alta con la recomendación de evitar fármacos que alarguen el intervalo QT.

**Orientación diagnóstica:** Torsade de Pointes desencadenada por moxifloxacino.

**Diagnóstico diferencial:** Causas de muerte súbita y síncope.

**Comentario final:** Cuando prescribimos un nuevo fármaco, especialmente en pacientes pluripatológicos y polimedcados, debemos tener en cuenta las posibles interacciones y/o efectos adversos que, aunque como en este caso sean poco frecuentes, pueden ocasionar daños más graves que la propia patología que pretendíamos tratar.

### Bibliografía

1. De Vecchis R, Ariano C, Di Biase G, et al. Malignant Ventricular Arrhythmias Resulting From Drug-Induced QTc Prolongation: A Retrospective Study. *Journal of Clinical Medicine Research*. 2018;10(7):593-600.

**Palabras clave:** Intervalo QT. Síndrome. Fármacos.