



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



O-063 - PALPITACIONES

N. Guerrero Lugo^a, M. Prado Coste^b, N. Terrero Ledesma^c, S.J. Cuichán Arias^d, M.Y. Romero Barzola^d e I. Silveira Camargos^e

^aCS Castroviejo. ^bCS Zona VIII. ^cCS Zona IV. ^dCS Barrio del Pilar. ^eCS Infanta Mercedes.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años que acude a urgencias derivada por MAP tras objetivar FA a 150 lpm. La paciente refiere presentar desde hace varios meses episodios paroxísticos de palpitaciones, asociado a disnea y opresión torácica. No disnea ni dolor sin palpitaciones ni con el esfuerzo. Niega síncope, no ortopnea, ni DPN, no náuseas, ni vómitos, no otra sintomatología de interés. Antecedentes personales: no hábitos tóxicos. No HTA. No DM. No DL. AR sin tratamiento actual.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, hemodinámicamente estable, CyO, afebril, BHNyP, eupneica en reposo. TA: 104/60. FC: 78. SaTO₂: 97%. CYC: no IY, no bocio, no soplos carotídeos. AC: rítmica, sin soplos. AP:MVC bilateral, sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias. Extremidades: no edemas, PPP. ECG (llegada): FA a 160 lpm. QRS estrecho, eje normal. No alteraciones de la repolarización. ECG (posterior): RS a 80 lpm, onda P picuda, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. Laboratorio: HB: 13,5, leucocitos: 4.900, plaquetas: 156.000, INR: 1, creatinina: 1,04, urea: 52, sodio: 142, potasio: 4,1, NTproBNP: 269. RxTx: ICT normal, no infiltrados ni derrame pleural. Ecocardiograma: disfunción ventricular izquierda moderada (FEVI 35%), disfunción ligera del ventrículo derecho. Dilatación leve de aurícula izquierda, insuficiencia mitral y tricúspide ligera. Presión pulmonar normal. Compatible con taquimiocardiopatía. Estudio realizado en ritmo sinusal. Estudio electrofisiológico: taquicardia nodal no reentrante por doble respuesta nodal de comportamiento incesante.

Juicio clínico: 1) Taquicardia intranodal no reentrante por doble respuesta nodal. 2) Disfunción ventricular izquierda significativa secundaria a taquimiocardiopatía.

Diagnóstico diferencial: FA paroxística con RVP, taquicardia paroxística supraventricular, preexcitación ventricular, taquicardia sinusal, flutter, taquicardia con participación de vía accesoria.

Comentario final: La paciente se ingresó a cargo de cardiología quienes optaron por ablación de la vía lenta nodal. Se realizó el procedimiento sin complicaciones permaneciendo la paciente en ritmo sinusal. Se dio el alta con tratamiento domiciliario con bisoprolol 2,5 mg y enalapril 5 mg dos veces al día. Son múltiples las causas de palpitaciones, lo primero es descartar patología cardíaca. La taquicardia intranodal no reentrante es una de las taquicardias más frecuentes y tiene una mayor incidencia en el sexo femenino. Se trata de una arritmia localizada en la región nodal comprendida en el triángulo de Koch. El objetivo de la ablación es la supresión de la inducibilidad de la

taquicardia. La eficacia de la ablación de la vía lenta ha sido bien probada, alcanzando un 99% de eficacia a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Elsevier, 2015.
2. Otomo K, Nagata. Atypical atrioventricular nodal reentrant tachycardia with eccentric coronary sinus activation. 2007;4:421-32.
3. Morady F. Catheter ablation of supraventricular arrhythmias. Pacing Clin Electrophysiol. 2004;27:125-42.
4. Scheinman MM. The 1998 naspe prospective catheter ablation registry. Pacing Clin Electrophysiol. 2000;23:1020-8.