

Consulta en atención primaria de adolescente deportista con palpitaciones

López Barroso MJ, Blanco Vidal C, Justel Pérez JP, Torres Villamor A

Centro de Salud Arroyo de la Mediallegua. Madrid

Varón de 17 años de edad, estudiante, que practica de tenis y natación desde los cuatro años de forma habitual.

Acude a la consulta de atención primaria por clínica de palpitaciones que se desencadenan con el ejercicio físico. No refiere episodios en reposo, dolor torácico, mareos o pérdida de conocimiento. No presenta factores de riesgo cardiovascular, ni hábitos tóxicos, ni otros antecedentes personales de interés.

Entre los antecedentes familiares destaca un abuelo fallecido por un infarto de miocardio a los 60 años.

La exploración física es normal: presión arterial de 126/55 mmHg, frecuencia cardíaca 56 lpm, peso 67 Kg y talla de 179 cm. La auscultación cardiopulmonar es normal, al igual que la exploración del abdomen y de las extremidades.

Se realiza un ECG que muestra ritmo sinusal a 75 lpm, PR normal y QRS y repolarización normales. La analítica de sangre con hemograma y bioquímica es normal, así como el estudio de hormonas tiroideas. La radiografía de tórax no muestra alteraciones significativas.

Una vez realizado el estudio en atención primaria y planteado el diagnóstico diferencial de causas habituales de palpitaciones sin encontrar patología que las justifique, se deriva al paciente al Servicio de Cardiología para estudio.

Allí se realiza ecocardiograma, Holter y ergometría. No se encuentran pruebas de patología, por lo que es dado de alta.

El paciente tiene tres episodios más de palpitaciones sin sintomatología acompañante y autolimitados mientras realiza ejercicio, de duración cada vez más prolongada (hasta 60 minutos).

Se le remite de nuevo para estudio. En el nuevo

Holter se documenta taquicardia regular de QRS ancho y morfología de bloqueo completo de rama izquierda durante el esfuerzo. Se realiza un estudio electrofisiológico mediante triple punción venosa femoral derecha con catéteres tetrapolares para el ápex, ventrículo derecho, aurícula derecha alta y Marín para haz de His. Se confirma una vía accesoria y se realizan aplicaciones de radiofrecuencia sin lograr un bloqueo completo de la conducción por la vía accesoria, por lo que se sugiere la localización epicárdica de la misma. Se propone un segundo procedimiento con acceso transeptal y un catéter de punta irrigada; ahora se realiza una ablación exitosa con radiofrecuencia de la vía accesoria pósteroseptal.

COMENTARIO

La taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) puede aparecer en pacientes de distintas edades con o, más raramente, sin cardiopatía de base. La incidencia en la población general sin cardiopatía es de 0,1 % aproximadamente.

En niños y adolescentes es la arritmia más frecuente y puede estar presente desde el nacimiento o incluso antes del mismo. El 70 % de estos niños con vías accesorias requieren profilaxis con drogas antiarrítmicas después del año de vida. En adultos, sin embargo, la arritmia más frecuente es la fibrilación auricular.

En atención primaria la consulta por palpitaciones y/o taquicardia no es infrecuente. En ocasiones se deben a situaciones fisiológicas o procesos banales, pero una correcta valoración del paciente nos permite llegar a un diagnóstico o decidir si debe ser estudiado en Cardiología.

Ante todo paciente que refiera síntomas sugestivos de taquicardia (palpitaciones, dolor precordial, sensación de mareo, síncope...) se debe realizar

una anamnesis detallada en la que se incluya forma de inicio, duración, actividad que estaba realizando, síntomas acompañantes e ingestión de fármacos o tóxicos.

La exploración física debe ser exhaustiva; así mismo, es importante indagar sobre los antecedentes familiares.

Se debe realizar un ECG, una analítica de sangre que incluya hormonas tiroideas y una radiografía de tórax.

La consulta por palpitaciones en un adolescente deportista genera gran preocupación en la consulta de atención primaria, porque, aunque generalmente son de carácter benigno, la posibilidad de que se trate de una arritmia patológica debe hacer que estemos alerta. Es importante la orientación y el diagnóstico en estos casos, ya que un error de omisión en uno de ellos puede ser fatal y desencadenar una muerte súbita, la cual es evitable con un correcto diagnóstico en nuestra consulta.

PATOGENIA

Las causas más frecuentes de taquicardia son:

- Actividad física.
- Ansiedad. Las crisis de ansiedad se caracterizan por la aparición súbita de miedo con sensación de muerte inminente. Se acompañan al menos de cuatro de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblores, disnea, inestabilidad o mareo, opresión torácica, náuseas y parestesias. Los síntomas son los mismos que podemos encontrar en un paciente con TPSV, de ahí la importancia del diagnóstico diferencial.
- Taquicardia supraventricular
- Fiebre.
- Hipertiroidismo.
- Extrasístoles auriculares y ventriculares.
- Hiperventilación.
- Anemia.
- Hipoglucemia.
- Hipoxemia.
- Hiperkaliemia.
- Hipocalcemia.

- Algunos fármacos, como salbutamol, digoxina, teofilina, antihistamínicos o anorexígenos.

- Tóxicos como cocaína, anfetaminas o tabaco.

- Feocromocitoma (su incidencia es muy baja).

La TPSV es una arritmia causada por reentrada, bien en el nodo AV, bien mediante una vía accesorio. Las vías accesorias son bandas anómalas de tejido de conducción que forman una conexión entre las aurículas y los ventrículos.

Cuando la TPSV está causada por reentrada por vía accesorio, los complejos QRS serán estrechos si los ventrículos son despolarizados a través de vías normales de conducción, salvo que haya un bloqueo de rama, en cuyo caso se trata de una taquicardia aurículo-ventricular reentrante ortodrómica.

Si la despolarización del ventrículo es anómala y asciende retrógradamente por el sistema normal de conducción hasta las aurículas, los complejos QRS serán anchos; se tratará de una taquicardia aurículo-ventricular reentrante antidrómica.

El caso que presentamos ocurre en un varón de 17 años con taquicardia aurículo-ventricular por reentrada ortodrómica, desencadenada por el ejercicio, que cursa con palpitaciones sin otros síntomas, de aparición brusca y autolimitada.

La TPSV por reentrada ortodrómica es una arritmia que sufren algunos pacientes con una vía accesorio. En condiciones normales, el impulso solo puede avanzar de la aurícula al ventrículo por el nodo AV, pero en pacientes con una vía accesorio, el impulso también se puede transmitir desde la aurícula hasta el ventrículo a través de esta vía. Por tanto, en pacientes con una vía accesorio, el impulso puede progresar por la vía normal o por la vía accesorio. Cuando circula a través de la vía accesorio, viaja a mayor velocidad que por la vía normal, lo que produce una contracción ventricular más precoz de lo esperado, que se traduce en el ECG como un PR corto (mayor de 0,12 segundos). Además, la llegada del impulso al ventrículo por la vía accesorio provoca una contracción ventricular aberrante y se registra un QRS ancho (mayor de 0,12 segundos), con melladura o empastamiento inicial (ondas delta) y alteraciones del segmento ST y de la onda T.

Los criterios electrocardiográficos para su

identificación son:

- Ondas P inscritas después del QRS, negativas en II, III y aVF y positivas en aVR.
- Conducción AV normal
- Conducción AV por la vía accesoria.
- Complejos QRS con frecuencia de 160-250 por minuto, con ritmo regular y estrechos, excepto si hay bloqueos de rama, conducción aberrante o síndrome de Wolff-Parkinson-White. En estas situaciones se dan complejos QRS anchos.

TRATAMIENTO

La TPSV se trata según su tolerancia clínica. Si existe inestabilidad hemodinámica debe realizarse cardioversión eléctrica sincronizada; si el paciente se mantiene estable se trata con procainamida (de primera elección) o con propafenona o flecainida (de segunda). Sin embargo, para evitar recurrencias, es de primera elección la terapia con ablación.

BIBLIOGRAFÍA

- Boraita Pérez A. Significado de las arritmias en el deportista. Utilidad de la electrocardiografía Holter. Archivos de Medicina del Deporte. Ponencias IV Congreso FEMEDE 1992;9:23-6.
- O'Rourke SF, Sauvage A, Evans PA. Paroxysmal supraventricular tachycardia: improving diagnosis and management within the accident and emergency department. Emergency Medicine Journal 2004;21:495-7.
- Sánchez Martínez M, Peñafiel Verdú P, García Alberola A, Valdés Chávarri M. Manejo diagnóstico y terapéutico de las taquicardias de QRS estrecho. Medicine 2013;11:2366-70.
- Ortiz Sanjuán FM, Pastor Bataller S, Mas Lázaro C, Tomás Aguirre B, Calabuig Fresquet A, Salort Jiménez I. Taquicardia paroxística supraventricular en lactantes. A propósito de un caso. Rev Pediatría Atención Primaria 2009;11:89-95.
- Rosés i Moguer F, Albert Brotons DC, Ferrer Mendiña Q, Gran Ipiña F, Escobar Díaz MC, Moya Mitjans A. Miocardiopatía secundaria a taquicardia auricular ectópica. An Pediatr 2006;65:263-5.
- Balaguer Gargallo M, Jordán García I, Caritg Bosch J, Cambra Lasaosa FJ, Prada Hermogenes F, Palomaque Rico A. Taquicardia paroxística supraventricular en el niño y el lactante. An Pediatr 2007;67:133-8.