

**“PREFIERO VOLVER AL PUNTO DE
PARTIDA”**

Mujer de 82 años.

A. Personales:

- No AMC.
- HTA, Dislipemia.
- Hipotiroidismo.
- ERC con Creatinina basal 1.8.
- Ingreso en Feb-21 por IC y FA con respuesta ventricular rápida. Se inició anticoagulación oral y se optó por estrategia de control de frecuencia (carvedilol 6,25 mg/12 horas). Ecocardiograma: VI no dilatado. HVI ligera. FEVI preservada. IM ligera.
- Tratamiento: Sintrom, Carvedilol 6,25 mg/12h, Torasemida 10mg/24h, Simvastatina 10mg/24h, Levotiroxina 50mcg/24h.

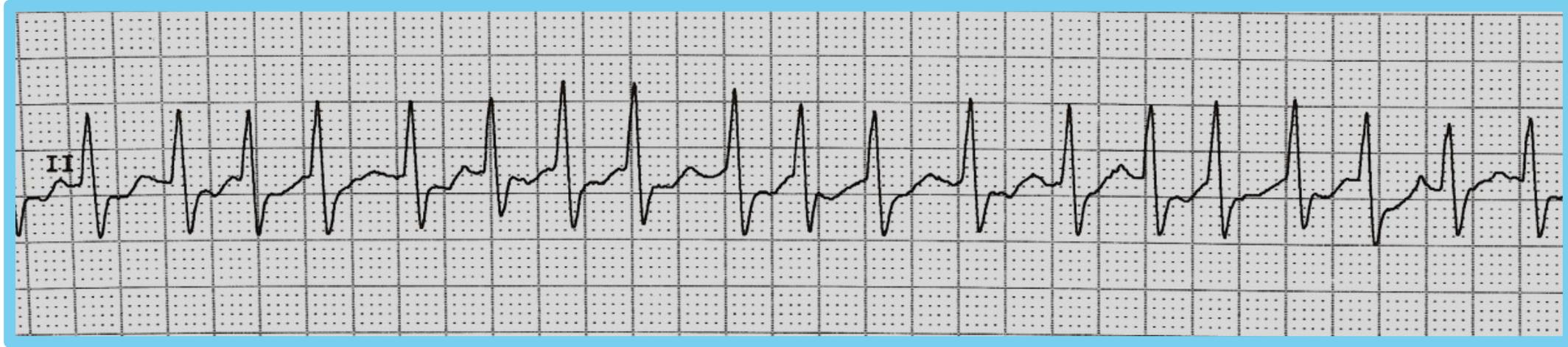
Enfermedad actual: Acude a Servicio de Urgencias por palpitaciones y disnea progresiva en los 3 últimos días.

EF: TA 98/62mmHg. FC 138lpm. SatO2 92% basal. Arrítmica, taquicárdica. No soplos cardíacos. Crepitantes en ambas bases pulmonares. Sin datos de congestión sistémica. Bien perfundida.



Se realiza ECG (se muestra de tira de monitor durante su estancia en Observación).

Se decide ingreso hospitalario por ICC secundaria a FA con RVR.





Analítica:

- Creatinina 2,1, TSH normal. Hemograma e iones en rango normal. NTproBNP 5.670. INR: 1.7.

Evolución:

Se administra **furosemida** endovenosa y se inicia **digitalización** para control de FC.

Presenta buena diuresis y mejoría del grado de congestión. A las 24 horas FA 88 lpm, por lo que se aumenta dosis de BB y se pasa digital a oral.

Tras mejoría inicial, **a las 72 horas del ingreso, la paciente sufre deterioro clínico** con malestar general, palpitaciones, aumento de datos de congestión e hipotensión.

En el monitor se registra el siguiente ritmo:





¿Qué debemos sospechar?

- 1.- Taquicardia auricular monofocal.
- 2.- Intoxicación por digoxina.
- 3.- Taquicardia ventricular bidireccional catecolaminérgica.
- 4.- Bloqueo de rama alternante.

La respuesta en la siguiente página...



¿Qué debemos sospechar?

- 1.- Taquicardia auricular monofocal.
- 2.- Intoxicación por digoxina.
- 3.- Taquicardia ventricular bidireccional catecolaminérgica.
- 4.- Bloqueo de rama alternante.

Taquicardia ventricular bidireccional en relación con intoxicación por digoxina

La **regularidad de los complejos** y apariencia de **bidireccionalidad en el plano frontal** (cambia el eje de latido a latido) debe hacernos sospechar una taquicardia ventricular bidireccional.

En el contexto en el que se produce (*paciente de edad avanzada, insuficiencia renal, administración de digoxina previa*) nuestra primera hipótesis diagnóstica debe ser la **INTOXICACIÓN POR DIGOXINA**



Creatinina 3,2. K plasmático: 5,6

Digoxinemia plasmática: 5 ng/ml (0,8 – 2 ng/ml)

¿Qué debemos hacer?

- **CVE contraindicada** → Ineficaz y puede desencadenar arritmias más severas.
- **Evitar Fármacos antiarrítmicos** → Puede entrañar un riesgo adicional.
- **Anticuerpos anti-digoxina**

