

Caso clínico nº 12: respuestas

REMI está dirigida exclusivamente a profesionales de la salud

[Primera página](#)
[Organigrama](#)
[Política de privacidad](#)
[Derechos de copia](#)

Secciones:

[Enlaces](#)
[Archivo](#)
[Club de lectura](#)
[Pautas de actuación](#)
[Debates](#)
[Casos clínicos](#)
[Arte y Medicina](#)

Revista:

[REMI 2001, Vol 1](#)
[REMI 2002, Vol 2](#)
[REMI 2003; Vol 3](#)
[REMI 2004; Vol 4](#)
[REMI 2005; Vol 5](#)
[Índice temático](#)
[Buscar](#)

Auspiciada por la



REMI suscribe los principios del código HON.
[Compruébelo aquí.](#)

Revista Electrónica de Medicina Intensiva

[[Arriba](#)]

Caso nº 12. Vol 5 nº 5, mayo 2005.

Autor: Ana de Pablo Hermida

Arritmias ventriculares en un paciente VIH

[[Descripción del caso](#)] [[Versión para imprimir](#)] [[Enlaces](#)]

Descripción ECG

El primer electrocardiograma (figura 1) fue interpretado como taquicardia ventricular polimórfica no sostenida. Se observan algunos complejos supraventriculares en los que se aprecia ya un intervalo PR en el límite bajo de la normalidad, que pasó desapercibido en una primera valoración. Es difícil medir el intervalo QT.

En el siguiente registro (figura 2), en ritmo sinusal, el intervalo PR alcanza 0,12 segundos y no se observa onda delta, si bien en algunas derivaciones la duración del QRS es ligeramente superior a 0,10. El intervalo QT supera los 0,5 seg, mientras que el valor corregido para esta frecuencia debe suponer un máximo de 0,29.

Los electrocardiogramas 3 y 4 podrían ser erróneamente interpretados como taquicardia ventricular, incluso con morfología de *torsades de pointes*, si bien corresponden a un episodio de FA conducido por la vía accesoria en un paciente con un síndrome de WPW. La presencia de onda delta en algunos complejos, así como el cese brusco de la taquicardia en relación con maniobras de Valsalva orientan hacia ese diagnóstico.

En el último registro se aprecia fácilmente la presencia de ondas delta y PR corto durante el ritmo sinusal. No es infrecuente que en pacientes con WPW la presencia de estos signos característicos no sea un hallazgo constante en el electrocardiograma. Se trata de un síndrome WPW tipo B (complejo ventricular predominantemente negativo en V1). Aunque no existe ningún hallazgo electrocardiográfico que sea absolutamente fiable en cuanto a la localización de la vía accesoria, la presencia de ondas positivas en las derivaciones II y III y negativas en V1 hace sospechar la localización de la vía en la pared libre derecha.

Pregunta nº 1: ¿Cuál es la causa más probable del síndrome de QT largo en este paciente?:

- Alteraciones electrolíticas
- Inicio de tratamiento con antiretrovirales**
- Hipoxia asociada a infección respiratoria
- Síndrome de QT largo congénito

Respuesta correcta: 1b. El síndrome de QT largo diagnosticado en el adulto puede ser tanto un síndrome de QT largo congénito que ha pasado inadvertido como un proceso secundario. Entre sus múltiples causas se incluyen: empleo de fármacos, alteraciones electrolíticas como hipopotasemia e hipomagnesemia, desnutrición, patología del sistema nervioso central, bradiarritmias, prolapso de válvula mitral, etc. Entre los fármacos más frecuentemente identificados como causa de QT largo se encuentran antiarrítmicos como quinidina, procainamida, sotalol, amiodarona o disopiramida; psicofármacos como fenotiazinas o antidepresivos tricíclicos; cisapride; antihistamínicos como astemizol y terfenadina; y antibióticos entre los que se incluyen eritromicina, pentamidina, quinolonas y algunos antipalúdicos.

La metadona, sobre todo a dosis altas o si se combina con inhibidores del citocromo p450 puede

ser la causa de este síndrome. Existen múltiples trabajos en la literatura que relacionan la presencia de QT largo en pacientes VIH en tratamiento con metadona con el inicio de tratamiento antirretroviral con ritonavir, un potente inductor enzimático. Este enfermo, en programa de metadona desde años atrás, había comenzado recientemente a tomar este inhibidor de la proteasa.

Pregunta nº 2: ¿Qué modificaría en el tratamiento de este paciente?:

- a. Suspendería el levofloxacino
- b. Ajustaría la dosis de metadona
- c. Añadiría verapamilo
- d. **a y b son adecuadas**

Respuesta correcta: 2d. Puesto que tanto el levofloxacino como la metadona alargan el intervalo QT, deben usarse con precaución en este paciente. Las quinolonas pueden ser sustituidas por un macrólido, mientras que la dosis de metadona se debe reducir al iniciar el tratamiento antirretroviral. En este paciente fue posible suspenderla definitivamente y se logró un adecuado control de los síntomas de abstinencia con benzodiazepinas.

Pregunta nº 3: ¿Qué fármaco elegiría para el tratamiento de sus taquicardias?:

- a. Sotalol, flecainida o amiodarona pueden ser útiles
- b. Flecainida, puesto que tanto el sotalol como la amiodarona están contraindicados
- c. Digoxina o verapamilo iv
- d. **Cardioversión eléctrica**

Respuesta correcta: 3d. El método de elección para cesar la fibrilación auricular en un paciente con síndrome de preexcitación es la cardioversión eléctrica, sobre todo en el paciente inestable. En este paciente no llegó a ser necesario puesto que era capaz de terminar los episodios mediante maniobras de Valsalva. Los fármacos que bloquean el nodo AV pueden incrementar la frecuencia de conducción por la vía accesoria aumentando la frecuencia ventricular, por lo que están contraindicados en los pacientes con fibrilación auricular y preexcitación. Este es el caso de la digoxina y el verapamilo. En caso de indicarse tratamiento farmacológico para el cese de la taquicardia, siempre en pacientes estables, deben usarse fármacos que enlentezcan la conducción por la vía accesoria, como sotalol, amiodarona, disopiramida o flecainida. La presencia de un síndrome de QT largo constituye una contraindicación para los tres primeros, mientras que la flecainida no se debe usar en pacientes que siguen tratamiento con ritonavir/lopinavir, por lo que la cardioversión eléctrica está especialmente indicada en este caso.

Pregunta nº 4: Respecto al trastorno de base de este paciente:

- a. La mayoría de los adultos que presentan este síndrome tienen graves alteraciones estructurales cardíacas
- b. La presencia de taquicardias paroxísticas disminuye con la edad
- c. **El tratamiento con radiofrecuencia es eficaz y seguro en la mayoría de los pacientes**
- d. La mayoría de los pacientes con taquicardias recurrentes presentan un pésimo pronóstico, con un alto porcentaje de muerte súbita

Respuesta correcta: 4c. El paciente presenta un síndrome de Wolff-Parkinson-White tipo B o derecho. La mayoría de adultos con este síndrome no presentan cardiopatía estructural, aunque se ha descrito asociación con prolapso valvular mitral, cardiomiopatías y enfermedad de Ebstein (implantación intraventricular de la válvula tricúspide). La frecuencia de presentación de taquicardias paroxísticas en estos pacientes aumenta con la edad, de un 10% en pacientes entre 20 y 40 años a casi el 40% de pacientes mayores de 60 años. El pronóstico es excelente en los pacientes sin cardiopatía ni taquicardia asociada. En los que presentan taquicardia recurrente el pronóstico también es bueno, con una incidencia de muerte súbita en torno al 1 por 1.000. El tratamiento de elección para los pacientes que presentan arritmias sintomáticas frecuentes es la ablación con radiofrecuencia, una técnica con bajo índice de complicaciones y alta tasa de éxitos. En raras ocasiones es necesaria la sección quirúrgica de la vía accesoria.

Enlaces:

1. Gil M, Sala M, Anguera I, Chapinal O, Cervantes M, Guma JR, Segura F. QT prolongation and Torsades de Pointes in patients infected with human immunodeficiency virus and treated with methadone. Am J Cardiol 2003; 92: 995-997. [[Resumen](#)]
2. Castillo R, Pedalino RP, El-Sherif N, Turitto G. Efavirenz-associated QT prolongation and Torsade de Pointes arrhythmia. Ann Pharmacother 2002; 36: 1006-1008. [[Resumen](#)]
3. Fantoni M, Autore C, Del Borgo C. Drugs and cardiotoxicity in HIV and AIDS. Ann N Y Acad Sci 2001; 946: 179-199. [[Resumen](#)]

Ana de Pablo Hermida

Servicio de Medicina Intensiva Hospital Gregorio Marañón, Madrid

©REMI, <http://remi.uninet.edu>. Mayo 2005.

[Participa enviando tus imágenes](#); no es necesario que sean casos raros, sino más bien al contrario, son preferibles aquéllos de los que se aprenda algo con aplicación práctica. Puedes limitarte a enviar las imágenes con el resumen de la historia clínica o redactar también las preguntas con las respuestas comentadas.

[Envía tu comentario para su publicación](#)

© REMI, [http:// remi.uninet.edu](http://remi.uninet.edu)

© REMI-L

Nº páginas visitadas desde el 15/11/2000:

 2744826

[webmaster: remi@uninet.edu](mailto:webmaster:remi@uninet.edu)

última modificación: 30/05/2005