

Taquicardia paroxística y dolor torácico en urgencias

Paroxysmal tachycardia and chest pain in emergency wards

Sr. Editor:

Un varón de 63 años consultó en el año 2009 al Servicio de Urgencias por dolor torácico. Presentaba historia de múltiples episodios de dolor torácico con inicio en 1992, a los 46 años de edad, motivo por el cual, en los últimos 17 años había consultado a los Servicios de Urgencias en numerosas ocasiones. El paciente describía episodios de dolor precordial opresivo y autolimitado, unas veces de esfuerzo y otras de reposo, estando ya asintomático a su llegada al hospital, donde el ECG, la radiografía de tórax y las analíticas habían sido normales en todas las ocasiones. El paciente fue remitido a cardiología y, a lo largo de estos años, se habían realizado diversos controles electrocardiográficos y una ecografía que resultaron normales, así como dos ergometrías en cinta móvil y dos *spects* de perfusión miocárdica esfuerzo/reposo que fueron negativos para una isquemia miocárdica. Por ello, algunos de los episodios de dolor torácico se habían etiquetado de cuadro de ansiedad y se había indicado tratamiento ansiolítico.

En 2009, a los 63 años de edad, el paciente consultó de nuevo al Servicio de Urgencias por un episodio de dolor precordial opresivo y prolongado, estando esta vez sintomático a su llegada al hospital. El ECG, realizado durante el dolor, mostró una taquicardia regular a 210 lpm con QRS ancho tipo BRDHH y eje desviado a la derecha, onda P retrógrada y descenso difuso del segmento ST (Figura 1A). La taquicardia cedió de forma súbita y espontánea, conllevando el cese del dolor. El ECG de control, en período sin dolor, mostró un ritmo sinusal normal (Figura 1B). Posteriormente, en la analítica de control se detectó una discreta elevación transitoria de la troponina I. Con diagnóstico de taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) con aberrancia de conducción, asociada a angor hemodinámico y elevación de marcadores de daño miocárdico, ingresó para estabilización y estudio en el hospital. El ecocardiograma y la ergometría diagnóstica fueron normales. Finalmente, en octubre de 2009, un estudio electrofisiológico confirmó la existencia de una vía accesoria parahisiana anteroseptal

derecha, que fue tratada con ablación mediante radiofrecuencia, exitosa. Desde entonces, tras un seguimiento de 26 meses, el paciente lleva vida normal y persiste asintomático, siendo normales los ECG de control.

El dolor torácico constituye un motivo frecuente de consulta a los Servicios de Urgencias, motivando entre 5 y 20% de dichas consultas, según los hospitales¹. Por este motivo, y dado que su etiología es múltiple y su gravedad muy variable, según la causa, resulta imprescindible su conocimiento por parte de los facultativos que habitualmente se enfrentan a este síntoma guía. En general, mediante una correcta anamnesis, exploración física, un ECG, una radiografía de tórax y una analítica que incluya marcadores de daño miocárdico, se pueden filiar la mayor parte de los dolores torácicos en Urgencias.

La TPSV es una de las etiologías infrecuentes

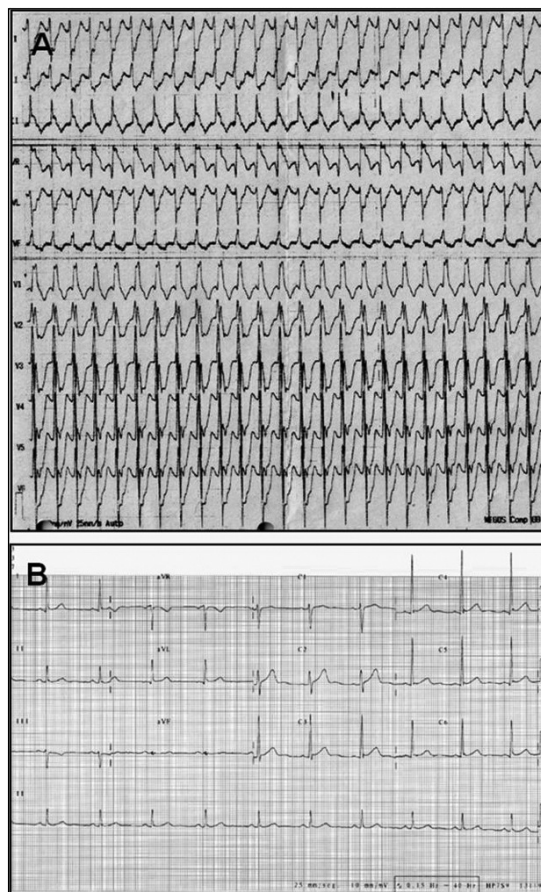


Figura 1.

del dolor torácico y puede ocasionar alteraciones de la repolarización ventricular en el ECG o, más raramente, elevación de los marcadores de daño miocárdico. Hay publicaciones indicando que dichas alteraciones electrocardiográficas de la repolarización, en el contexto de una TPSV, no necesariamente indican la existencia de una enfermedad coronaria significativa subyacente. Sin embargo, a menudo motiva la realización de estudios de imagen no invasivos (como la ergometría convencional e isotópica, entre otros) e incluso de una angiografía coronaria, para descartar la isquemia miocárdica. La TPSV puede alterar la fase 2 del potencial de acción ventricular y la activación retrógrada auricular el ST². Por eso, en el contexto de una TPSV, la angiografía coronaria debería reservarse sólo para aquellos pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular y clínica sugestiva de cardiopatía isquémica durante su actividad diaria y en ausencia de taquiarritmia^{3,4}.

*Delicia I. Gentile Lorente
Servicio de Cardiología.
Hospital de Tortosa "Verge de la Cinta".
IISPV. Tarragona, España.*

Referencias

1. Martínez-Sellés M, Bueno H, Sacristán A, Estévez A, Ortiz J, Gallego L, et al. Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61: 953-9.
2. Petsas A, Anastassiades L, Antonopoulos A. Exercise testing for assessment of the significance of ST segment depression observed during episodes of paroxysmal supraventricular tachycardia. *Eur Heart J* 1990; 11: 974-9.
3. Marc Dorenkamp M, Zabel M, Sticherling C. Role of coronary angiography before radiofrequency ablation in patients presenting with paroxysmal supraventricular tachycardia. *J Cardiovasc Pharmacol Ther* 2007; 12: 137-44.
4. Frangini P, Vergara I, Baeza M, González R. [Chest pain and ST segment abnormalities in patients with accessory atrioventricular pathways. Report of three cases]. *Rev Med Chile* 2005; 133: 570-4.

Correspondencia a:

Dra. Delicia I. Gentile Lorente, C/ Esplanetes 14. CP 43500. Tortosa, Tarragona (España). Teléfono: (0034) 977 519105
E-mail: dgentile.ebre.ics@gencat.cat