

Caso clínico n° 12

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

[[Anterior](#)] [[Arriba](#)] [[Siguiete](#)]

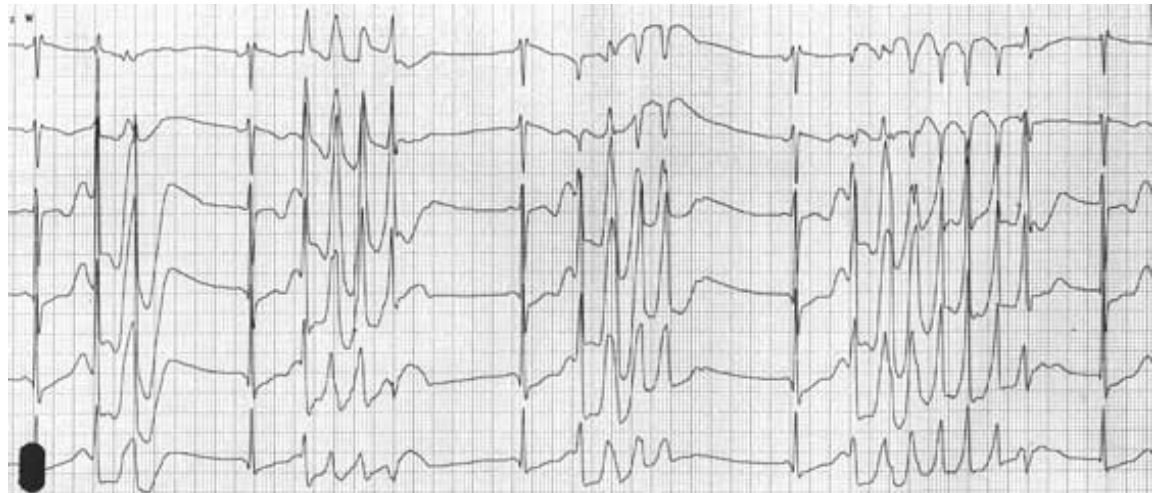
Caso n° 12. Vol 5 n° 5, mayo 2005.

Autor: Ana de Pablo Hermida

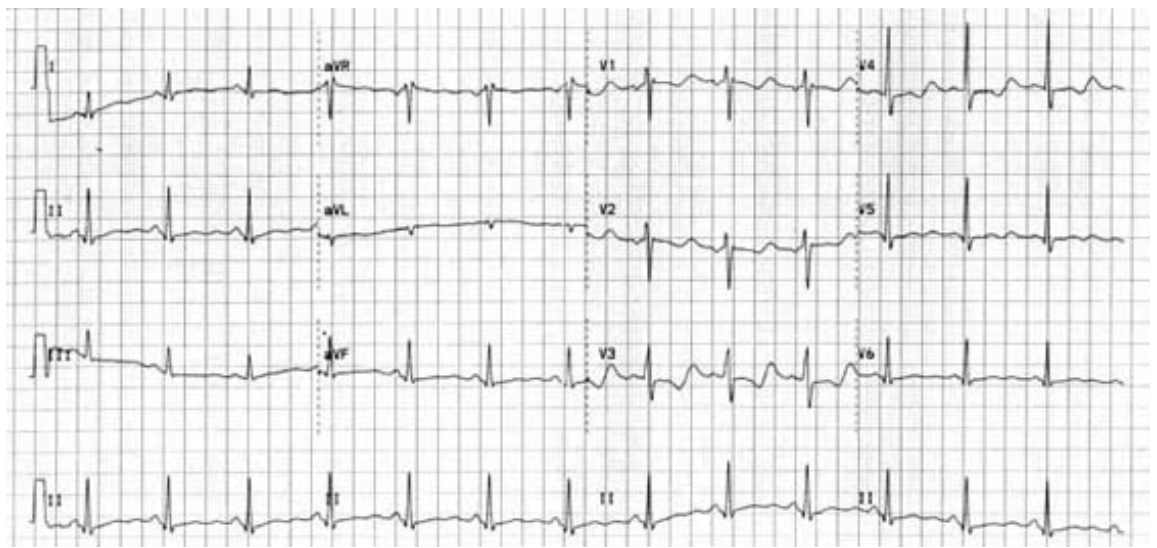
Arritmias ventriculares en un paciente VIH

[[Preguntas de autoevaluación](#)] [[Respuestas](#)]

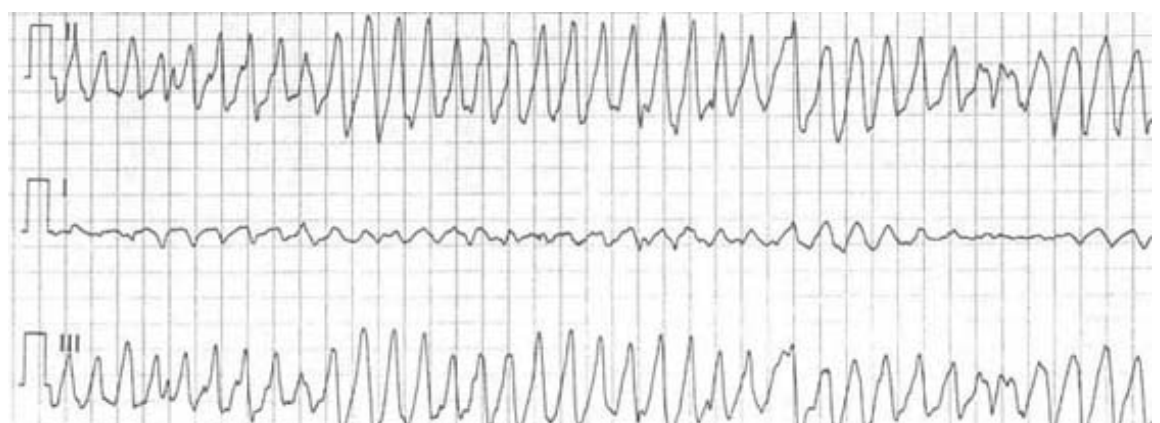
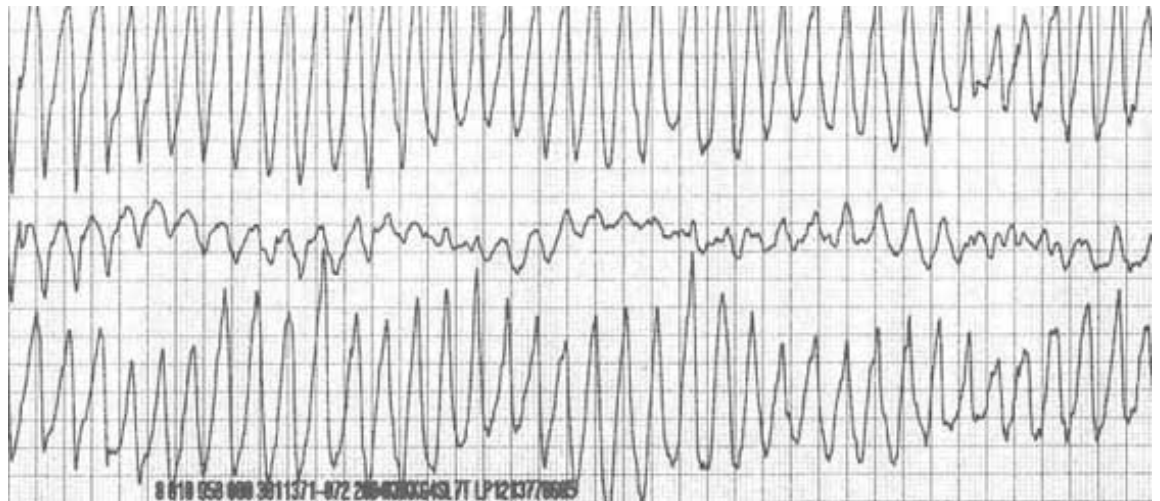
Varón de 45 años, ex-adicto a drogas por vía parenteral, en programa de metadona. VIH diagnosticado hace diez años. En enero de 2005 presentaba 99 CD4 y 37.000 copias virales, por lo que se inició tratamiento antirretroviral con lopinavir, ritonavir y lamivudina. Presenta un cuadro de siete días de evolución de fiebre no termometrada, escalofríos y tos con expectoración verdosa, acompañada de disnea progresiva, y acude a Urgencias tras presentar un episodio sincopal. Se inició tratamiento con levofloxacin. Durante su estancia en Urgencias presenta dos nuevos episodios presincoales, durante los cuales se obtiene el siguiente registro electrocardiográfico (figura 1):



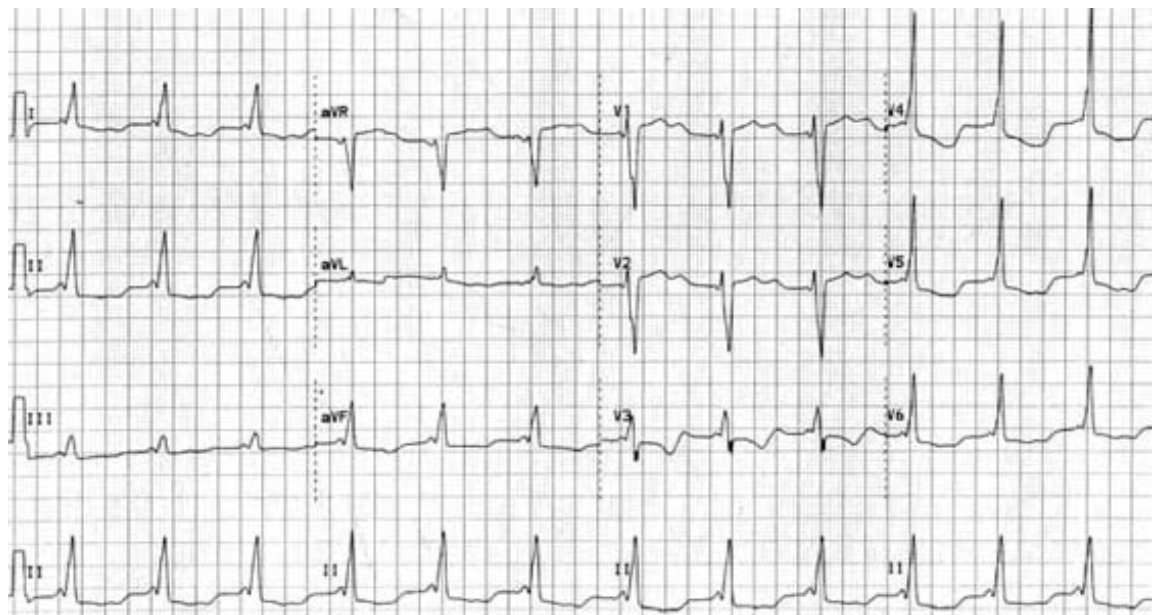
Ingresa en UCI consciente y orientado, con un hematoma en la región supraciliar en relación con el episodio sincopal e hipoventilación en la base pulmonar derecha, siendo el resto de la exploración sin hallazgos. Presentaba ligera elevación de CPK con fracción MB y troponinas normales y los niveles de calcio, fósforo, magnesio y potasio eran normales. Este fue el electrocardiograma de ingreso (figura 2):



Durante las primeras horas de ingreso en UCI presentó múltiples episodios presinco-pales con repercusión hemodinámica importante, que cedían espontáneamente o en relación con maniobras de Valsalva. Durante los episodios se obtuvieron los siguientes registros (figuras 3 y 4):



Una vez estabilizada la situación general del paciente y tras estimular ligeramente la frecuencia basal con isoproterenol, el enfermo dejó de presentar las arritmias. Se obtuvo el siguiente registro electrocardiográfico tras doce horas de ingreso (figura 5):



Preguntas de autoevaluación

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

[\[Respuesta\]](#)

- a. Alteraciones electrolíticas
- b. Inicio de tratamiento con antiretrovirales
- c. Hipoxia asociada a infección respiratoria
- d. Síndrome de QT largo congénito

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

[\[Respuesta\]](#)

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

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

[\[Respuesta\]](#)

- 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

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

[\[Respuesta\]](#)

- a. La mayoría de los adultos que presentan este síndrome tienen graves alteraciones estructurales cardiacas
- 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

Ana de Pablo Hermida
Servicio de Medicina Intensiva
Hospital Gregorio Marañón, Madrid
©REMI, <http://remi.uninet.edu>. Mayo 2005.