

# Obeso mórbido con taquicardia autolimitada – 2009

Dr. Javier Encinas

Se trata de un paciente de sexo masculino, de 40 años, con obesidad mórbida pesa 125 Kg y mide 1,73 cm (IMC 41,8), sin otros factores de riesgo para enfermedad coronaria.

No toma medicamentos.

No fue operado nunca.

Es alérgico a la penicilina y picaduras de insectos.

Realiza sus actividades sin limitaciones.

A principios de este mes, presentó un episodio de taquicardia autolimitada, que duró como diez minutos y cedió espontáneamente cuando se dirigía a un centro médico, se hizo un ECH, Holter y Rx de tórax, todos informados como normales.

Hace 5 días repitió el cuadro, estaba fuera de la ciudad, refiere que de manera súbita, sintió debilidad en miembros inferiores y posteriormente palpitaciones rápidas, precordialgia intensa, sudoración, fue llevado a posta médica, donde se realizó el registro N° 1, y fue medicado con amiodarona EV, revirtiendo luego de 20 minutos.

Acude para definir manejo.

Se realiza un nuevo ECG que es similar al trazado 2, que muestra una onda q con t negativa en D3 y r pequeña en aVF con trastornos de la repolarización en esa derivación, se solicita eco, que muestra acinésia inferior, con tamaño de cavidades, válvulas y función ventricular normal.

Cateterismo coronarias angiográficamente normales con CD dominante.

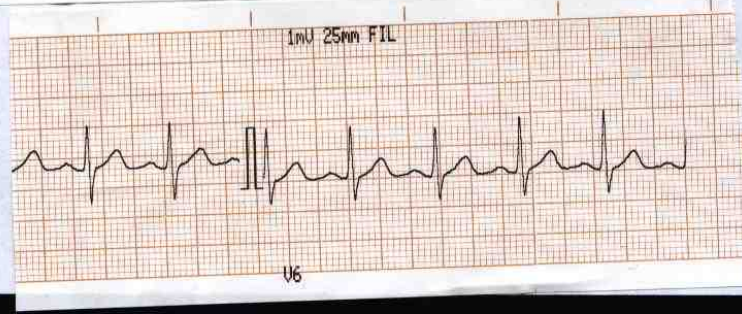
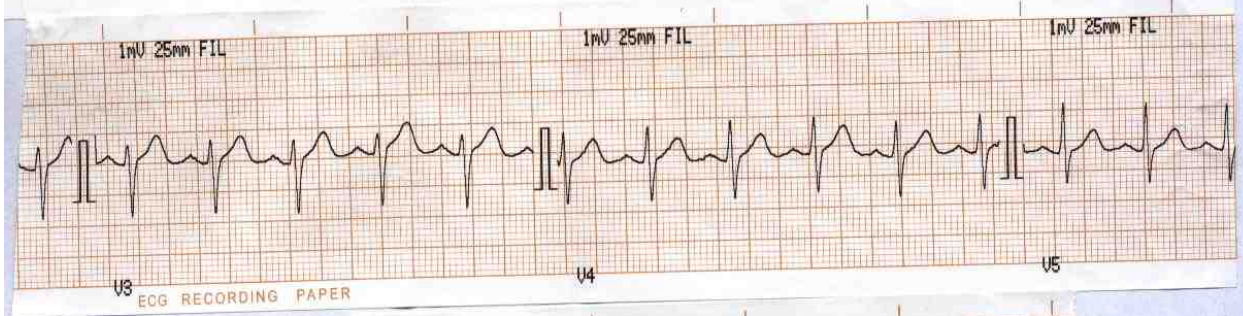
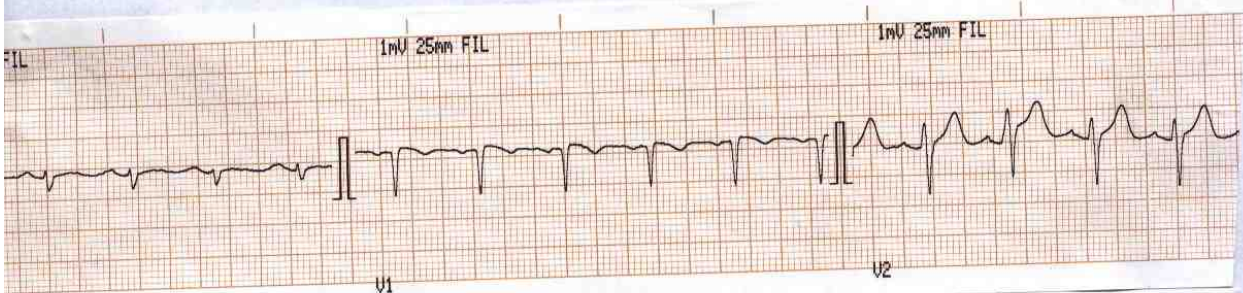
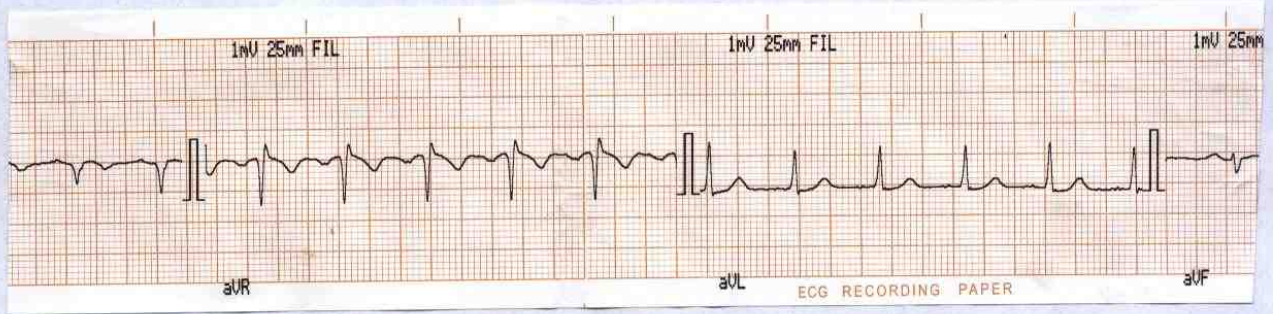
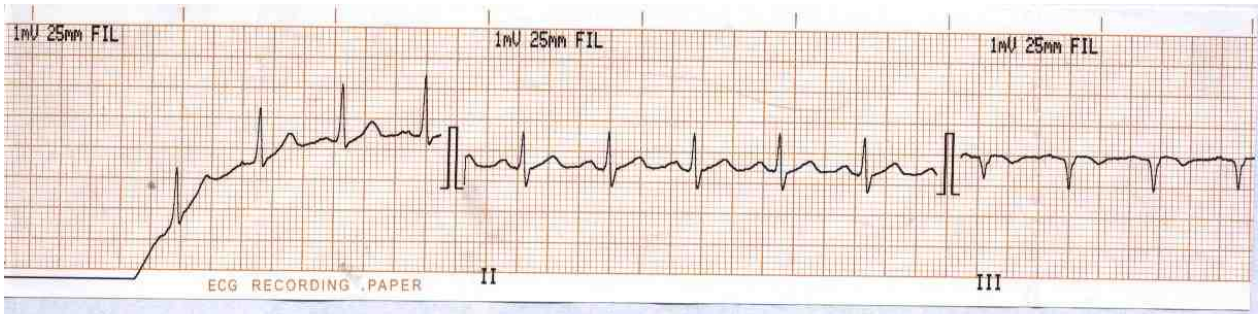
Se realizará un nuevo Holter mañana.

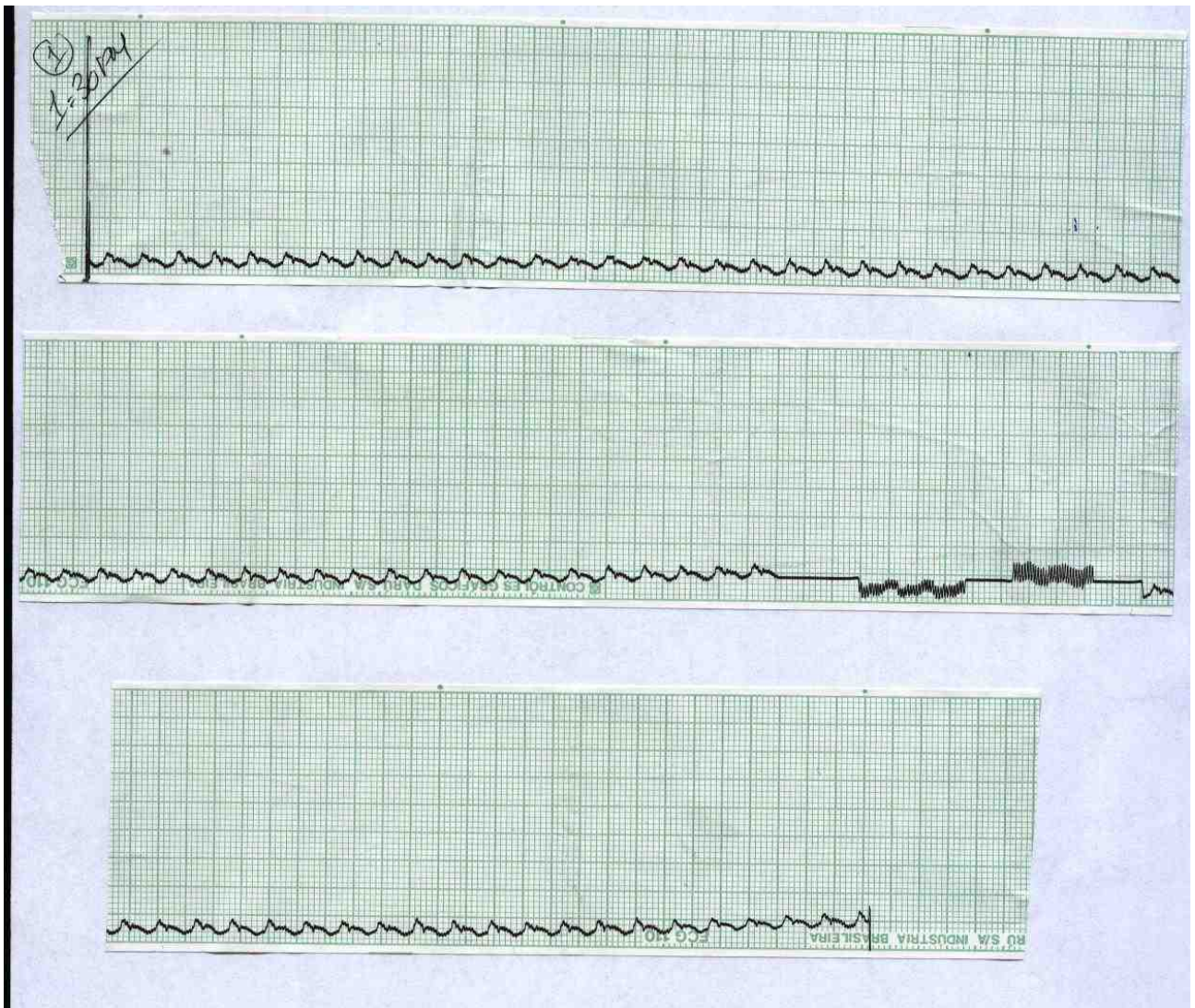
Yo creo que debe hacerse un estudio EEF.

Me gustaría tener su opinión sobre este caso.

Gracias

Javier Encinas





OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr Encinas

Muchas gracias por su caso, muy interesante.

Resumen: hombre 40 años, obeso mórbido, 2 episodios de palpitaciones, uno con precordialgia intensa, Eco con función normal y acinesia inferior, coronariografía normal. No hay reporte de troponinas durante el evento.

ECG 1: RS, taquicardia sinusal a 105 lpm, patrón S1 Q3 T3, transición ligeramente a izquierda (V4); P voltaje normal. Sin elevación segmento ST.

ECG 2: tira de ritmo, muy difícil de distinguir entre onda auricular y ventricular (otra derivación hubiera simplificado el asunto); impresiona flutter auricular con ciclo del aleteo en 240 ms.

Si esta tira corresponde al episodio #2 de palpitaciones, creo que el diagnóstico se orienta a taquiarritmia sintomática por palpitaciones y precordialgia.

Conducta:

1. Yo a este paciente NO le hubiera hecho una cinecoronariografía, sin tener evidencia de isquemia y solo guiado por un ECO con hipocinesia inferior, que es el territorio menos sensible por Eco en pacientes obesos. Ante la duda, prueba de esfuerzo y si la obesidad no le permite realizar ejercicio, entonces Eco con Dobutamina.

2. Creo que ya hay correlación entre arritmia y síntomas (tira de ritmo), por lo que no encuentro útil realizar más Holter (el objetivo del Holter es precisamente establecer correlación síntomas/ritmo).

3. Realizaría estudio electrofisiológico y ablación. Creo que el diagnóstico será flutter auricular y la ablación del istmo tiene un éxito >95% (hoy hice 2).

4. Si existe alguna sospecha de TEP (taquiarritmia auricular, luego taquicardia sinusal con patrón S1Q3T3), un dímero D y eventualmente un V/Q hubieran sido de más utilidad que la coronariografía. ¿Puede que tenga TEP? (le falta agrandamiento cavidades derechas tanto en ECG como en ECO)

Saludos

Adrián Baramchuk

Estimado Javier, difícil el registro de la taquicardia, pero pensaría en un aleteo auricular 1:1 en una vía accesoria, rapidísima, ¿seguro no toma nada para adelgazar?, ¿algún preparado con hormonas tiroideas, etc?, no dudo de tu interrogatorio, pero habitualmente este tipo de pacientes niegan ingesta de "preparados" magistrales, de igual forma, y si sigue negando ingesta de medicación para adelgazar, haría un EEF, saludos

Francisco Femenia

---

Hola: muy lindo caso y creo que es un aleteo auricular 1:1 y con esa frecuencia tiene todo el derecho de esos síntomas.

Con respecto a la obesidad que presenta el paciente habría que investigar con dímero D para evaluar TEP, no nos olvidemos que estos pacientes presentan un estado inflamatorio crónico generalizado, acompañado de una disfunción endotelial importante con alteración de la coagulación y disminución de la fibrinólisis lo que nos lleva a un estado procoagulante.

Yo le prescribiría una dieta hipocalórica y que comience con actividad física, aunque sea caminata de 30 min por día, y de paso le pediría un perfil lipídico y microalbuminuria que nos daría la idea de la disfunción endotelial que presenta.

De seguir así el paciente tiene muy mal pronóstico.

Dra. Marilina Ortega

Mi diagnóstico: ALETEO AURICULAR para el paciente con obesidad mórbida

Carlos Lavergne