

Rápido, hay que cardiovertir

AUTORES

E. García Sardón, A. Montañó Martínez, C. Muñoz Reyes, L. Rueda Carrasco, F.J Monreal Periañez, J.C. Cira García, R. Aragon Lara, M. Metidieri Bélmez. Residentes Complejo Hospitalario Universitario Badajoz.

INTRODUCCIÓN

Se expone un caso clínico de fibrilación auricular con mala tolerancia hemodinámica

OBJETIVOS

Revisar las complicaciones e indicaciones de la cardiovascular

MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO

Paciente de 78 años con antecedente de tromboembolismo pulmonar masivo hace 3 años con disfunción ventricular derecha e hipertensión pulmonar que desarrolló una fibrilación auricular. La arritmia tenía buen control con betabloqueantes hasta unos meses antes del ingreso, donde requirió una cardioversión eléctrica por taquicardia con taquimiocardiopatía asociada. En tratamiento con Acenocumarol desde 2013.

Acude a Urgencias por fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida mal tolerada hemodinamica, con hipotensión y datos de bajo gasto. Se analiza el valor INR de los últimos 6 meses detectando que están en rango todos salvo uno (INR 1.8) Se decide cardioversión eléctrica con buena respuesta. La paciente ingresa en Cardiología. Al segundo día de su estancia presenta dolor lumbar intenso, con elevación de LDH y a las 24 horas deterioro de la función renal. Se realiza TC de abdomen para completar el estudio.

RESULTADOS

El manejo de la fibrilación auricular en el paciente inestable en urgencias es complejo, pero requiere de un balance entre los riesgos de la propia fibrilación y los tromboembólicos que pueden aparecer tras el tratamiento. En nuestra paciente el riesgo de tromboembolia era elevado (mayor de 75 años, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, antecedente de tromboembolismo pulmonar ...) pero llevaba anticoagulada más de 3 años con buen control y la situación clínica precisaba controlar la frecuencia cardíaca. Se decidió cardioversión pero se produjo el efecto adverso: una trombosis masiva de la arteria renal izquierda con infarto prácticamente total del riñón izquierdo.

CONCLUSIÓN

Con este caso queremos resaltar que la cardioversión, tanto eléctrica como farmacológica, no es un tratamiento inocuo y no está falto de complicaciones. Debe elegirse bien el tipo de paciente y la situación clínica para minimizar los riesgos que implica.



Figura 1

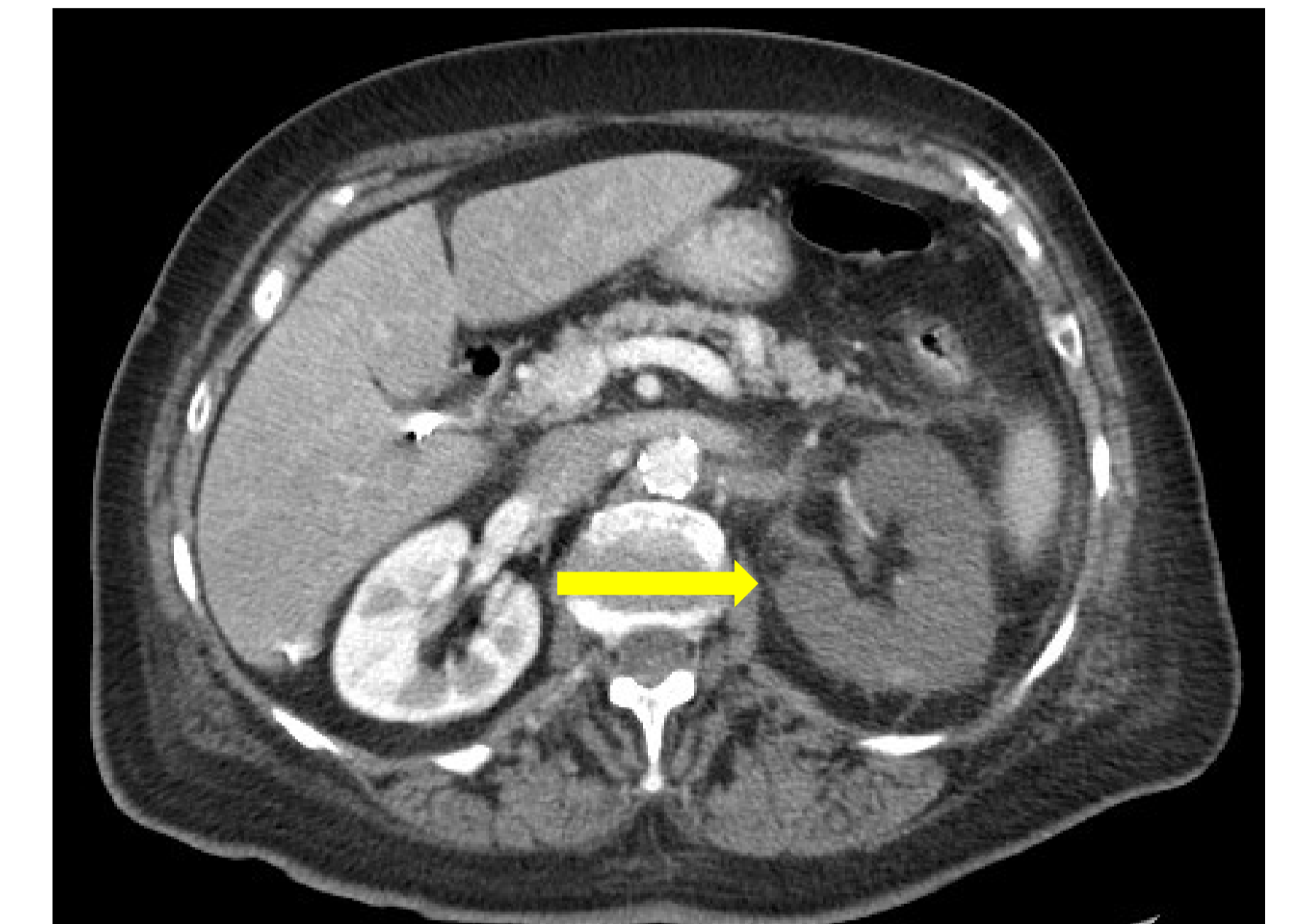


Figura 2

En ambas figuras se marca la ausencia de perfusión de contraste en el riñón izquierdo compatible con un infarto renal masivo secundario a un trombo en la arteria renal

