

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 6

ECG paciente varón con palpitaciones

Páramo Rodríguez E¹, Martínez Larios B¹

¹ Residentes de tercer año, Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada. Zona Sur I.

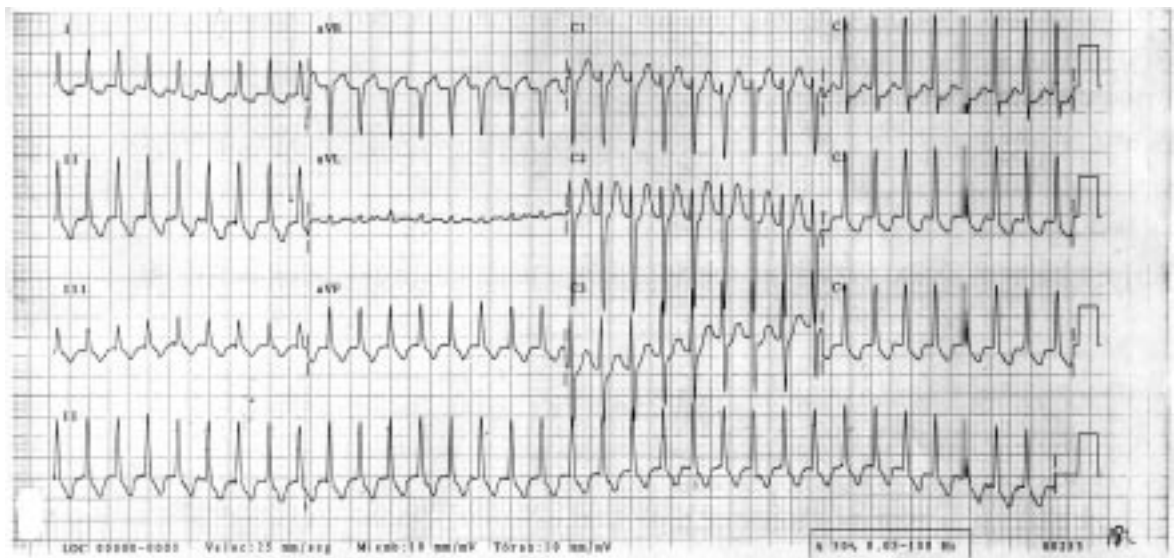


Figura 1

Se trata de un paciente varón de 43 años, fumador de 2 paquetes/día, que había sido estudiado hacía 3 años en consulta de cardiología por una arritmia valorada previamente en urgencias. Tras el estudio con holter prueba de esfuerzo e isótopos no se le indicó tratamiento específico. Desde entonces refiere episodios de taquicardias esporádicas de corta duración que cedían sin medicación.

En esta ocasión el paciente acude al servicio de urgencias del hospital porque sufre un episodio de palpitaciones que en esta ocasión no ceden espontáneamente. Este episodio es más duradero e intenso que los anteriores. El inicio de la taquicardia fue igual que anteriores ocasiones precedido de una sensación de que "le daba un vuelco el corazón" y comenzó a notar las palpitaciones. A su llegada al servicio de urgencias del hospital pre-

sentaba una taquicardia a 198 lpm (fig.1) bien tolerada hemodinámicamente y sin dolor torácico, ni disnea, de QRS estrecho (<0,12 seg) que se intentó revertir con maniobras vagales (masaje seno carotídeo), que no fueron efectivas.

A continuación se inició tratamiento con Adenocor® con una primera dosis de 3 mg. Con eso se consiguió abrir la taquiarritmia pero no fue del todo efectivo. Seguidamente se administró un bolo de 6 mg de Adenosina lo que hizo que pasara a una taquicardia sinusal a 120 lpm (fig. 2)

Seguidamente se administraron 20 mg de tranxilium® i.v. y tras su estancia en observación el paciente fue dado de alta en ritmo sinusal a 72 lpm, para estudio en la unidad de arritmias de nuestro hospital.

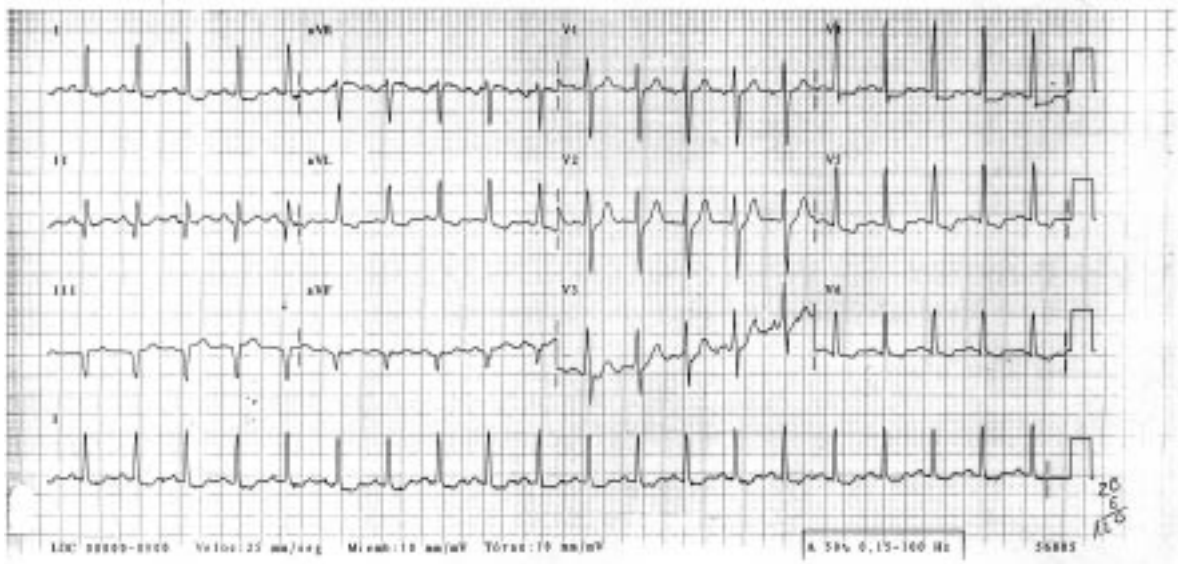


Figura 2

¿Cuál es su diagnóstico?

1. Fibrilación Auricular
2. Síndrome de Wolf-Parkinson-White
3. Taquicardia sinusal
4. Ritmo idioventricular acelerado (RIVA)
5. Taquicardia Nodal

(Respuestas razonadas en el próximo número)
 Remitir las respuestas al correo electrónico: revista@samfyc.es
 o a: **Revista Medicina de Familia. Andalucía**
 ¿Cuál es su diagnóstico?
 Calle Arriola 4, bajo - 18001 Granada

Comentarios a cuál es su diagnóstico (del vol. 2, núm. 3)

(Medicina de Familia (And) 2001; 2: 268)

Solución: 4. Placas y pápulas pruríticas y urticariformes del embarazo

Esta enfermedad, de etiología desconocida, que afecta con más frecuencia a primigrávidas jóvenes, suele aparecer al final del embarazo entre las 35 y 39 semanas de gestación. Diversos autores también la denominan erupción polimorfa del embarazo y sostienen que podría tratarse de una reacción alérgica de tipo tardío. Tiene una incidencia de 1/200 embarazos, si bien se ha visto un aumento de la incidencia en embarazos múltiples, al parecer en relación con un aumento de la distensión abdominal. Es conocida también su asociación con aumentos excesivos de peso en el embarazo. No se han encontrado alteraciones hormonales significativas.

Clínica

Pápulas y placas eritematosas y edematosas, intensamente pruriginosas, que comienzan sobre las estrias de tensión abdominales que se muestran muy rojas, junto con lesiones excoriadas por el rascado. Aparecen en abdomen y se extienden a piernas, nalgas, brazos y caras laterales del tronco, respetando la región periumbilical. Asimismo están respetadas cara, palmas y plantas.

Histopatología

Los hallazgos son totalmente inespecíficos: infiltrado linfocitario e histiocitario perivascular en dermis superficial papilar y reticular. En ocasiones se puede observar eosinófilos, espongiosis y paraqueratosis. Los tests de inmunofluorescencia directa son usualmente negativos, aunque en algunos casos se han detectado depósitos de C3 en vasos dérmicos.

Evolución

Autoresolutiva tras el parto. Esta entidad puede recurrir en los sucesivos embarazos y parece existir una morbili-

dad fetal, aunque diversos autores niegan la posibilidad de recurrencias y de afectación materna y fetal. No suele recurrir con anticonceptivos orales.

Tratamiento

El tratamiento es exclusivamente sintomático. En ocasiones puede ser necesario la inducción del parto.

- Sistémico: Glucocorticoides (20-40 mg de prednisona/día), en casos graves.
Antihistamínicos
- Tópico: Lociones de zinc
Ictiol al 5%
Glucocorticoides a bajas concentraciones

Diagnostico diferencial

– **Herpes gestationis:** también denominado Penfigoide gestationis. Aparece en el último trimestre del embarazo. Cura espontáneamente pero puede recidivar en embarazos subsiguientes. Tiene una incidencia de 1/5000 a 1/10000 embarazos. La patogénesis se explica por un depósito de autoanticuerpos de clase Ig G denominado factor HG. Estos anticuerpos se pueden traspasar por vía placentaria, lo que explica que pueda producirse un parto prematuro. Pueden estar implicados factores hormonales. Se han dado casos de herpes gestationis que se han visto precipitados por anticonceptivos orales, coriocarcinoma o mola hidatiforme.

Clínica: Máculas urticariformes, ampollas y vesículas tensas en región periumbilical y en zona distal de todas las extremidades. Puede afectarse pecho, cara, palmas y plantas. Sólo en un 20% de los casos pueden llegar a afectarse las mucosas. En determinadas ocasiones hay sintomatología general, debilidad y fiebre. Existe eosinofilia periférica en un 50% de los casos. El 10% de los recién nacidos tienen una erupción similar a la de la madre pero se resuelve en el curso de varias semanas.

Anatomía Patológica: formación de ampollas subepidérmicas. Infiltrado inflamatorio en dermis superficial con predominio linfoide y eosinófilos. Inmunofluorescencia: fijación lineal homogénea de Ig G e Ig A. Depósito de C3.

Evolución: la enfermedad se exacerba en el parto y se produce involución de la misma, 2-3 semanas después del parto. Se produce muerte fetal o parto prematuro en el 30% de los casos. Hay un elevado riesgo de padecer Enfermedad de Graves.

– **Prúrigo gestacionis:** Erupción cutánea intensamente pruriginosa que aparece en el 2º trimestre del embarazo. Las lesiones alcanzan su máxima intensidad durante el último mes y se consideran como lesiones de Prúrigo simple subagudo en el embarazo. Se da en un 2% de los embarazos. La causa es desconocida. Para algunos autores supone una manifestación atópica durante el embarazo. Se cree debido a colestasis inducida por estrógenos.

Clínica: seropápulas infiltradas con halo rojo, prontamente excoriadas por el rascado, estrechamente agrupadas, que predominan en las superficies extensoras de las extremidades y en ocasiones en el tronco. En una minoría de los casos se objetivan alteraciones en las pruebas de función hepática, que pueden acompañarse de ictericia. Los tests serológicos y los hallazgos histopatológicos no son específicos, mostrando un infiltrado de células inflamatorias crónicas en la dermis superior con cambios ocasionales en la epidermis. La inmunofluorescencia es negativa. El pronóstico materno y fetal es excelente, el peso de nacimiento normal y la enfermedad usualmente se resuelve en el posparto, pero recurre en posteriores embarazos.

– **Eritema multiforme:** enfermedad exudativa aguda que se produce como una reacción alérgica de naturaleza característica con una gran variedad de posibles causas (infecciones, fármacos, tumores, enfermedades del tejido conectivo). Afecta principalmente a varones de edades comprendidas entre los 10 y los 30 años de edad. Se produce como consecuencia de un estado hiperérgico de la piel..

Clínica:

- Forma menor: Herpes iris de Bateman. Se empiezan a desarrollar en la mayoría de los casos en el dorso de las manos.
- Forma mayor:
 - Lesiones cutáneas: Superficies extensoras de las extremidades y región glútea. A menudo se afectan las áreas flexurales.
 - Lesiones mucosas: Superficies erosionadas extensas con formación de ampollas que se rompen cubriéndose de costra serosanguinolenta negruzca y fisuras. La apertura de la boca y la alimentación son extremadamente dolorosas y determinan sangrado.
 - Afectación ocular: conjuntivitis.

- Manifestaciones generales: debilidad, cefalea y fiebre alta. En las formas graves se pueden desarrollar complicaciones debidas a bronconeumonía, afectación renal con hematuria.....

Puede existir ligero prurito. Cuando se desarrollan ampollas y erosiones, éstas pueden ser dolorosas.

Histopatología: infiltrado perivascular linfocítico en dermis superior. Extravasación eritrocitaria. En el centro existe una degeneración hialina y vacuolar de la epidermis inferior y membrana basal con acumulo de queratinocitos necróticos. En IFD pueden existir depósitos perivasculares de inmunoglobulinas y fracciones del complemento

– **Impétigo herpetiforme:** Eritema y pustulosis muy extensa con síntomas constitucionales graves que pueden llegar a determinar la muerte del paciente. En determinadas ocasiones se asocia a una alteración funcional de las paratiroides. Aparece en la segunda mitad del embarazo y puede recidivar en cada embarazo siguiente y con la toma de anticonceptivos. Puede aparecer tras el parto o tras una tiroidectomía. Algunos autores apuntan que se trata de una psoriasis latente previa en forma de psoriasis pustulosa generalizada, desencadenada por un déficit de PTH en el embarazo.

Clínica: las áreas más afectadas son tronco y flexuras. Se desarrollan pústulas diseminadas y agrupadas de forma densa sobre áreas eritematosas de color rojo brillante, que desarrollan descamación periférica en collarete. Puede existir hiperpigmentación secundaria. Si sigue evolucionando puede dar lugar a una eritrodermia exfoliativa. Puede afectarse la cavidad oral con presencia de áreas puntiformes de color blanco-grisáceo en el epitelio. Hay un síndrome constitucional. Puede haber signos de hipoparatiroidismo (signos de Chvostek y Trousseau) e insuficiencia renal. La VSG puede estar alta. Puede existir disproteinemia, leucocitosis neutrofílica y, a menudo, en el transcurso de la enfermedad, déficit de hierro. Presenta una apreciable morbilidad fetal.

Bibliografía

1. Sasseville D. Dermatoses of pregnancy. Int J Dermatol 1981; 20: 223.
2. Nurse DS. Prurigo of pregnancy. Australian J Dermatol 1968; 9: 258.
3. Winton GB, Lewis CW. Prurigo of pregnancy. J Am Acad Dermatol 1968; 6: 997.
4. Brufon C. Eritema Polimorfo. Piel 1991; 6: 321-9.
5. Guillén Barona C, Bottela Estrada R, Sanmartín Jiménez O. Manual de enfermedades de la piel. Valencia: EGRAF S.A; 1993
6. Atlas de Dermatología clínica. Anthony du Vivier. Barcelona: Ed Mosby/Doyma; 1995.
7. Sherard GB 3rd, Atkinson SM. Focus on primary care: pruritic dermatological conditions in pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2001; 56: 427-32.
8. Elling SV, McKenna P, Powell FC. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy and multiple pregnancies. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000; 14: 378-81.