

## **Bloqueo de rama izquierda y disfunción ventricular grave secundarios a toxicidad por flecainida: a propósito de un caso**

*Left bundle branch block and severe  
ventricular dysfunction due to  
flecainide toxicity: a case report*

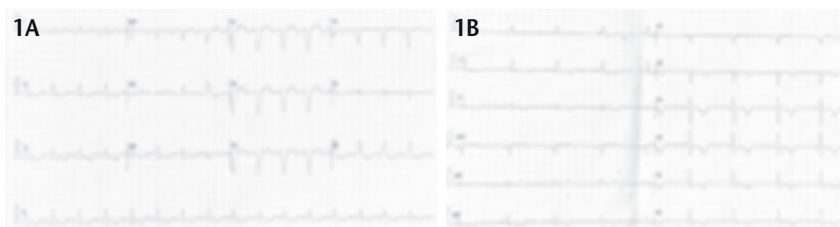
### **Sr. Editor:**

La flecainida es un fármaco antiarrítmico clase I perteneciente al subgrupo IC de la clasificación de Vaughan-Williams, la cual empleada de manera incorrecta puede dar lugar a efectos adversos potencialmente graves.

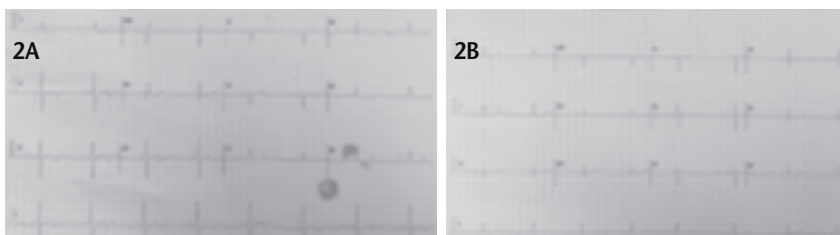
---

Presentamos el caso de una mujer de 61 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular. En 1991 se sometió a un estudio electrofisiológico por palpitaciones en otro centro, con diagnósticos de doble vía accesoria con *flutter* ístmico inducible. No se realizó la ablación de ninguno de los sustratos, iniciándose tratamiento con flecainida 100 mg diarios, sin ningún seguimiento posterior. En febrero

---



**Figura 1.** 1A. ECG ambulatorio del paciente en tratamiento con flecainida. 1B. ECG al alta de hospitalización, tras suspensión de flecainida.



**Figura 2.** ECG en consulta de IC a los 20 días (2A) y 3 meses (2B) del alta hospitalaria y la suspensión de flecainida.

de 2021 acudió a urgencias de otro centro por debut de fibrilación auricular (FA) e insuficiencia cardiaca (IC), iniciándose tratamiento deplectivo y cardioversión farmacológica efectiva con 300 mg de flecainida vía oral. Tras mejoría clínica, se decidió alta a domicilio.

La paciente consultó a las 3 semanas en nuestro centro por persistencia clínica de disnea de mínimos esfuerzos y edemas en miembros inferiores. El electrocardiograma (ECG) presentó una taquicardia sinusal con bloqueo de rama izquierda (BRIHH) con QRS de 150 milisegundos (mseg) e intervalo QTc normal (Figura 1A) y se realizó un ecocardiograma a pie de cama que mostró una disfunción ventricular grave, indicándose ingreso hospitalario en nuestro centro. Se retiró flecainida y se inició tratamiento diurético intravenoso, tratamiento modificador para la IC, y anticoagulación oral. Analíticamente destacaba función renal y hepática en rango de normalidad. Un nuevo ecocardiograma mostró un ventrículo izquierdo levemente dilatado, fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) del 30% y gran asincronía ventricular. Se completó estudio con coronariografía que no mostró lesiones significativas.

Ante la mejoría clínica, se decidió el alta domiciliaria manteniendo sacubitril/valsartan 49 mg/51 mg cada 12 h, furosemida 40 mg cada 24 h, espironolactona 25 mg cada 24 h, edoxaban 60 mg cada 24 h y bisoprolol 10 mg cada 24 h y derivación a la consulta de IC. En ECG al alta, destaca bradicardia sinusal a 52

lpm con QRS estrecho, T negativas generalizadas asimétricas y profundas con QTc prolongado (505 mseg), decidiéndose no iniciar antiarrítmicos de clase III para estrategia de control del ritmo de la FA (Figura 1B). A los 20 días acudió a consulta, encontrándose asintomática y presentando una mejoría parcial de la FEVI y de los trastornos electrocardiográficos, con persistencia de QTc ligeramente alargado (473 mseg) y T negativas asimétricas en cara inferior (Figura 2A). A los 3 meses, normalizó la FEVI (57%) y todos los trastornos electrocardiográficos (Figura 2B), sin registrarse paroxismos de FA.

La flecainida disminuye las corrientes de entrada iónicas en los canales de sodio y de potasio dependientes de voltaje<sup>1</sup> y genera efectos tanto cronotrópico como inotrópico negativo. Esto provoca un enlentecimiento de la conducción de las fibras cardiacas (auriculares, ventriculares y del sistema de conducción) y se evidencia en el ECG como prolongación de los intervalos PR, QRS y QT<sup>2</sup>.

Los trastornos de la conducción intraventricular son un efecto adverso frecuente y su morfología está relacionada con la duración del QRS siendo el BRIHH más frecuente con QRS > 200 mseg<sup>3</sup> y el de peor pronóstico, ya que es capaz de inducir disfunción ventricular<sup>4</sup>.

Se trata de un fármaco con un

estrecho margen terapéutico<sup>5</sup> y con un riesgo potencial de provocar cuadros atribuibles a su toxicidad como el presentado en nuestro caso. Una correcta selección de los pacientes, así como un seguimiento estrecho que incluya monitorización periódica de los niveles del fármaco son fundamentales para evitar la aparición de los mismos<sup>5</sup>.

Fernando Candanedo Ocaña,  
Miriam Auxiliadora Martín Toro,  
Francisco Javier Camacho Jurado,  
Mónica Martín Hidalgo,  
Pablo J. González Pérez,  
Manuel S. Herruzo Rojas,  
Francisco J. Morales Ponce  
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario  
de Puerto Real, Cádiz, España.  
fercandanedo@gmail.com

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

**Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas:** Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS. El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal sea publicada.

**Editor responsable:** Pere Llorens Soriano.

**Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.**

DOI:10.55633/s3me/E090.2023

## Bibliografía

- Smith A, Gerasimon G. An electrocardiographic series of flecainide toxicity. *Indian Pacing Electrophysiol J.* 2019;19:75-8.
- Puga M, Gallardo-Medina Y, Castro-Hevia J, Quirós-Luis J. Toxicidad por flecainida: aparición de signo de Brugada y bloqueo de rama izquierda. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular [Internet].* 2018 [citado 17 Jul 2022]; 24 (1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/725>
- Ghataoura R, Patil S. Flecainide toxicity: a presentation to the emergency department with literature review. *BMJ Case Rep.* 2020;13:e232691.
- Valentino MA, Panakos A, Ragupathi L, Williams J, Behzad BP. Flecainide toxicity: a case report and systematic review of its electrocardiographic patterns and management. *Cardiovasc Toxicol.* 2017;17:260-6.
- Tamargo J, Le Heuzey JY, Mabo P. Narrow therapeutic index drugs: a clinical pharmacological consideration to flecainide. *Eur J Clin Pharmacol.* 2015;71:549-67.