Semergen. 2019;45(Espec Congr 2):155

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

387/144 - WOLFF PARKINSON WHITE EN ADULTO

M. Gómez González[1], J. Rodríguez Duque[2], A. del Rey Rozas[3], D. Martínez Revuelta[4], J. Bustamante Odriozola[5]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria.[2]Médico Residente de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.[3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.[4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.[5]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años con antecedentes personales de HTA e hiperuricemia que ingresa en Urgencias por palpitaciones y dolor torácico de características isquémicas.

Exploración y pruebas complementarias: Ta: 35,6 ^{o}C, TAS: 98 mmHg, TAD: 44 mmHg, FC: 71 lpm, FR: 16 rpm, SATO2: 96%. Buen estado general. Consciente, orientada en las tres esferas. Hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Cabeza y cuello: No aumento PVY. AC: arrítmica, sin soplos. AP: MVC. Abdomen: blando. No doloroso a la palpación. RHA: presentes. No masas ni visceromegalias, no peritonismo. EEII: no edemas. No signos de TVP. Pulsos pedios presentes simétricos. ECG: RS a 80 lpm con datos de preexcitación con morfología de BRD, HSA. No alteraciones repolarización. Analítica sanguínea: leucocitos 8,9 × 10^3/?L, hemoglobina 14,7 g/dL, plaquetas 50 × 10^3/?l. Glucosa 90 mg/dL, urea 40 mg/dL, creatinina 0,64 mg/dL, Na 141 mEq/L, K 3,8 mEq/L, cloro 106 mEq/L, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 88 ml/min/1,73 m^2 mg/dL. Troponina 0,13 ng/mL- > 0,04 ng/mL. Se decide ingreso en cardiología, donde debido a sus FRCV se realiza angiografía que objetiva arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas. Al día siguiente se realiza estudio electrofisiológico y ablación de la vía accesoria.

Juicio clínico: Taquicardia supraventricular por síndrome de Wolff-Parkinson-White.

Diagnóstico diferencial: Fibrilación auricular, flutter auricular, taquicardia por reentrada intranodal.

Comentario final: El síndrome de Wolff-Parkinson-White es un síndrome de preexcitación debido a una vía accesoria (“haz de Kent”) que une aurícula y ventrículo derechos, produciendo una despolarización precoz del ventrículo (“preexcitación”) y en algunos casos taquicardia por reentrada. El tratamiento consiste en la ablación de la vía accesoria, estando indicada en 3 casos: 1. Episodios sintomáticos recurrentes; 2. Profesiones de riesgo: pilotos, conductores; 3. Deseo expreso del paciente.

Bibliografía

Yee Klein R, et al. Tachycardia associated with accessory atrioventricular pathways. In: Cardiac Electrophysiology, Zipes DP, Jalife J, eds. WB Saunders, Philadelphia 1990. p. 463.

Wang K, Asinger R, Hodges M. Electrocardiograms of Wolff-Parkinson-White syndrome simulating other conditions. Am Heart J. 1996;132:152.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.