

347/3455 - PACIENTE JOVEN CON TAQUICARDIA VENTRICULAR Y BUEN ESTADO GENERAL

A. Navarro Hermoso^a, M. Romero Mayo^b, N. Navarro Ortiz^a y F. Pastor Paredes^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Salvador Caballero. Granada. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 31 años sin antecedentes personales de interés, que acude a su centro de salud por palpitaciones (similar a ocasiones previas desde los 15 años, sin consultar antes) objetivándose taquicardia de QRS ancho y frecuencia ventricular de 230 lpm. Se avisa al 061 y se administra adenosina (6 mg + 12 mg +12 mg) con lo que aumenta la frecuencia a 300 lpm, por lo que se decide cardioversión eléctrica a 80J y pasa a ritmo sinusal con bloqueo de rama derecha del haz de His, y hemibloqueo anterior izquierdo del haz de His. Es llevado a urgencias hospitalarias y valorado por UCI, que decide su ingreso. Durante su ingreso no presenta movilización de enzimas cardíacas y permanece asintomático. Se comenta el caso con la unidad de arritmias, siendo el cuadro compatible con fibrilación auricular preexcitada (Wolff Parkinson White), BRDHH y HAIHH. Se realiza ablación de vía accesoria posteroseptal derecha de forma satisfactoria, pasando a RS sin datos de preexcitación y ondas T negativas en II, III y avF.

Exploración y pruebas complementarias: Primera valoración: consciente, orientado y colaborador. Hemodinámicamente estable y SatO2 98% sin aporte. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: taquicárdico, arrítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis. Primer ECG: taquicardia irregular de QRS ancho. ECG tras cardioversión: RS con preexcitación, BRDHH y HAIHH. ECG tras ablación: RS con T negativa en II, II y avF. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado, con hipertrofia ligera septal y FEVI normal. AI no dilatada.

Orientación diagnóstica: FA preexcitada en paciente con WPW (vía accesoria posteroseptal derecha).

Diagnóstico diferencial: FA en paciente con bloqueo de rama. Fibrilación ventricular.

Comentario final: Ante un paciente joven con taquicardia irregular de QRS ancho bien tolerada, debemos pesar en una FA preexcitada o FA con bloqueo de rama, siendo la primera más grave ya que puede derivar a fibrilación ventricular.

Bibliografía

- Exner DV, Muzyka T, Gillis AM. Proarrhythmia in patients with the Wolff-Parkinson-White syndrome after standard doses of intravenous adenosine. Ann Intern Med. 1995;122:351.

Palabras clave: Arritmia. Preexcitación. Ablación.