

## 424/737 - NERVIOSA, NO ANSIOSA

E. Martínez de Quintana<sup>1</sup>, M. Esclapez Boix<sup>1</sup>, M. Sampere Gómez<sup>2</sup> y A. Martínez de Quintana<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. <sup>2</sup>Médico de Familia. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Reina Sofía. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 46 años. Asma tratada con salbutamol. En 2013 ingresa por TBC cavitada con buena respuesta. Acude a control anual. Tras el diagnóstico de TBC, evita acudir a controles. En ese momento, sólo refiere cierto nerviosismo mal definido con palpitaciones rápidas autolimitadas. Ante los hallazgos de las complementarias remitimos a hospital, donde se realiza ingreso y se confirma el diagnóstico. Tras ablación, y ajuste del tratamiento, queda asintomática.

**Exploración y pruebas complementarias:** FC 135 lpm, Sat O2 98%, TA 150/85 mmHg, afebril. ACP: rítmico, sin soplos. Analítica: bioquímica, perfil hepático, lipídico y hemograma, sin alteraciones. LDH 201, CK 236, TSH 14,6 (T4 libre 0,81). ECG: RS a 100 lpm. Eje normal. PR 0,12. Onda delta positiva en todas las precordiales, I y aVL; negativa en III. Rx tórax: secuelas de TBC antigua. Nódulos pulmonares post-TBC. Ecocardiograma: cavidades y paredes morfológicamente normales. Válvulas y aparato subvalvular sin alteraciones. IAO muy ligera. Contractilidad segmentaria normal. Función diastólica normal. Pericardio de aspecto normal. Conclusión: VI normal. IM muy ligera.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Wolff Parkinson White. Hipotiroidismo. Miositis secundaria.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de Lown Ganong Levine. Taquicardia sinusal. Hipertiroidismo. Ansiedad. Anemia.

**Comentario final:** El WPW se produce por la existencia de una vía accesoria que "salta" el anillo de las válvulas mitral o tricúspide, insertándose proximalmente en algún punto auricular, y distalmente, en algún punto ventricular. La conducción por estas vías es más rápida que la AV normal, por lo que se produce la preexcitación de los ventrículos (PR corto). En los ventrículos la vía inserta lejos de Purkinje por lo que produce fuerzas lentas de activación ventricular (onda delta). Es frecuente en nuestras consultas la aparición de pacientes jóvenes que refieren nerviosismo con síntomas cardíacos. Generalmente la inercia invita a tratar esta "ansiedad" sin estudio pero, ¿qué cuesta pedir un electro?

### Bibliografía

1. Almendral J, Castellanos E, Ortiz M. Taquicardias paroxísticas ventriculares y síndromes de preexcitación. Rev Esp Cardiol. 2012;65(5):456-69.

**Palabras clave:** Wolff Parkinson White. Preexcitación.