



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

204/195 - Wolff-Parkinson-White resistente a benzodiacepinas

C. Carpintero Antoñán^a, A.J. Albarracín Contreras^b, I. Abascal Sañudo^b, M. Gutiérrez Parra^b, R. Maye Soroa^c, O. Casanueva Soler^c, D.M. Robaina Cabrera^b, E.E. Rijo Calderón^d, P.A. Quezada Estévez^e y M. Portilla Mediavilla^f

^aMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cabezón. Torrelavega. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapotón. Torrelavega. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Saja. Cabezón de la Sal. ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Puebla. Palencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 20 años sin antecedentes personales de interés o tratamiento habitual que acude a su centro de salud porque en ocasiones nota que el "corazón le late fuerte y le va rápido de repente" sin ningún desencadenante claro, tanto en reposo como en ejercicio, autolimitándose en unos minutos. Asocia sensación de "bola en el estómago" y en ocasiones parestesias en ambas manos. No asocia dolor torácico, disnea, pre/síncope u otra clínica. Su madre y hermano sufren episodios parecidos. En la última semana le ha pasado en tres ocasiones, no había consultado porque lo asociaba al nerviosismo por estar de exámenes. Se le dan pautas para disminuir la ansiedad y se le da una receta de una benzodiacepina para usar en momentos puntuales. En los meses siguientes no mejora. Reacude a varias ocasiones y se van probando diversos tratamientos y dosis, sin mejoría. Tras un año, vuelve refiriendo la misma clínica asociado a un cuadro sincopal en reposo mientras desayunaba, no asociado a esfuerzo/cambio de posición.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración TA 145/60, AC rítmica sin soplos, resto de exploración anodina. Se realiza un ECG, estando ya asintomática, observándose ritmo sinusal a 80 lpm, intervalo P-R acortado, QRS en el límite de la normalidad, sin alteraciones de la repolarización sospechándose síndrome de preexcitación. Se derivó a cardiología donde realizaron estudio electrofisiológico, confirmándose la sospecha diagnóstica y realizándose ablación.

Juicio clínico: Wolff-Parkinson-White.

Diagnóstico diferencial: Otras arritmias con preexcitación (síndrome de Lown-Ganong-Levine, FA, flutter o taquicardia por reentrada aurículo-ventricular), infarto miocardio, extrasístoles ventriculares, bloqueo de rama, ciertas cardiomiopatías y cardiopatías congénitas (ej. ventrículo único) que cursan con pseudo-preexcitación.

Comentario final: El Wolff-Parkinson-White es excepcional, encontramos el patrón electrocardiográfico en menos de un 1% de la población, siendo aún más raramente sintomático. Aunque los trastornos ansiosos son muy prevalentes en la población, deberían considerarse diagnóstico de exclusión cuando los síntomas o la exploración son compatibles con otra patología o aparecen signos de alarma. Y de cualquier forma, la existencia de un diagnóstico de ansiedad, no nos debería tentar a atribuir todo síntoma a esa esfera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Biase L, Walsh EP. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of the Wolff-Parkinson-White syndrome. Uptodate, 2016.