



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-039 - DISCUSIÓN DE PAREJA DONDE EL ORDEN DE LOS FACTORES ALTERARÍA GRAVEMENTE EL PRODUCTO

E. Rodríguez Guerrero^a, C. Moreno de Juan^b, C. Bellido Moyano^a, A. Alcalá Grande^c, A. Fontans Salguero^b y F.J. Galán Marín^a

^aCS Lucena I. ^bCS Lucena II. ^cCS Rute.

Resumen

Descripción del caso: Chica de 26 años, NAMC, sin antecedentes patológicos de interés ni toma de medicamentos. Cuenta que mientras discutía con su pareja sentada en el coche, sufrió un episodio de relajación del tono postural con posterior pérdida de conciencia y recuperación *ad integrum*, acompañado de sensación de náuseas, parestesias en las manos, taquipnea y taquicardización progresiva, sin más signos vegetativos ni dolor torácico asociado. No presentaba antecedentes de síncope previos ni palpitaciones bruscas a lo largo de su vida que sugirieran datos de arritmias.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente tiene buen estado general, hemodinámicamente estable, con exploración cardiorrespiratoria y neurológica normales. Tenía una glucemia capilar normal y un ECG con ritmo sinusal a 70 lpm con PR corto y presencia de onda delta, mostrando un patrón de Wolff-Parkinson-White (WPW). Además presentaba una bioquímica, hematometría y radiografía de tórax normales. En seguimiento por Cardiología, se le realizó un ecocardiograma sin cardiopatía estructural y un Holter con presencia de ritmo sinusal con preexcitación durante todo el registro, sin más hallazgos.

Juicio clínico: Síndrome de preexcitación asintomática y síncope vasovagal secundario a hiperventilación.

Diagnóstico diferencial: Se abre el diagnóstico diferencial de síncope de origen cardiogénico (secundario a alguna taquiarritmia o síndrome de WPW), frente a un síncope vasovagal junto con un hallazgo casual de síndrome de preexcitación.

Comentario final: Según la literatura actual, la evaluación inicial del síncope puede definir las causas entre un 23-50% de los pacientes. Para ello es necesario realizar una completa anamnesis contemplando circunstancias justo antes del episodio (posición, actividad, factores predisponentes y precipitantes); al comienzo del episodio (pródromos vegetativos, palpitaciones...); y sobre el episodio. Por otra parte, el síndrome de WPW se atribuye a pacientes con patrón de preexcitación en el ECG (PR corto, onda delta y ensanchamiento del QRS) junto con presencia de arritmias, el cual podría cursar con aparición de síncope. En cambio, un patrón electrocardiográfico de WPW o preexcitación se presenta sin arritmia asociada, siendo generalmente asintomático y hallado accidentalmente ante la realización de un ECG por otras causas. En nuestro caso, durante su diagnóstico, surge la importante duda de si la discusión con su pareja provocó un estado de taquicardización precipitante de una arritmia con síncope cardiogénico posterior (diagnóstico de alto riesgo); o bien si la discusión facilitó los pródromos típicos de un síncope vasovagal, con hallazgo casual posterior de patrón electrocardiográfico de WPW asintomático y sin arritmias asociadas (diagnóstico de bajo riesgo). Tras realizar una profunda anamnesis, descartando antecedentes de arritmias de cualquier tipo junto

con una fuerte asociación de pródromos + emoción, queda claro el doble diagnóstico final, con recomendaciones posturales para la prevención de síncope vasovagal y observación a los 6 meses por el patrón WPW asintomático.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moya Á, Sutton R, Ammirati F, Blanc J-J, Brignole M, Dahm JB, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del síncope (versión 2009). Rev Esp Cardiol. 2009;62:1466.
2. Walsh, MD LDB. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of the Wolff-Parkinson-White syndrome. Up to date (Diciembre 2015).