



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## P-067 - EL TIEMPO ES ORO

L. Araújo Márquez<sup>a</sup>, A. Simón Fuentes<sup>b</sup>, G.B. Salguero Abrego<sup>a</sup>, F. Mora Monago<sup>a</sup>, J.C. Batalla Garlito<sup>c</sup> y N. Rivera Jiménez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS San Fernando. <sup>b</sup>CS San Roque. <sup>c</sup>CS Centro. <sup>d</sup>CS La Paz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 31 años, con antecedentes personales de síndrome de Wolk-Parkinson-White (WPW), alta por Cardiología hace 17 a, y linfoma etmoidal, ya resuelto. Acude a urgencias por palpitaciones continuas desde hace 15 minutos. Refiere episodios similares de duración menor de 30 segundos. No dolor torácico, ni disnea. No síntomas vegetativos ni otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA de 144/77. BEG. VOC. Normohidratado. Normoperfundido. Eupneico en reposo. En la auscultación cardíaca el paciente está arritmico y taquicárdico. Se realiza EKG donde se observa una taquicardia irregular con QRS ancho compatible con FA pre-excitada a 200 lpm. Se pasa al paciente a sala de críticos, canalizándose vías periféricas y con monitorización. Desde allí se contacta con intensivista de guardia, quien indica contactar con cardiólogo de guardia para traslado, ubicado en otro hospital de la misma ciudad. El cardiólogo nos recomienda la realización de CVE, evitando medidas farmacológicas ya que estas pueden acelerar la conducción de la vía accesoria y causar deterioro clínico y hemodinámico, por posible degeneración en FV, todo esto previo al traslado del paciente a la Unidad de Cardiología. Se vuelve a contactar UCI, quienes realizan CVE a 70 y 150 J, no siendo efectivo. Se contacta de nuevo con el cardiólogo quien decide finalmente el traslado en UCI móvil. A la llegada al hospital de referencia se procede a una única CVE a 200 J, previa sedación con etomidato y midazolam, revertiendo a RS a 120 lpm con onda delta positiva. Cabe destacar que desde la llegada a la consulta de urgencias hasta la resolución de la taquiarritmia pasaron aproximadamente unas dos horas.

**Juicio clínico:** Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Fa preexcitada.

**Diagnóstico diferencial:** Taquicardia con QRS estrechos con conducción ortodrómica. Taquicardia con QRS estrechos con conducción antidrómica. FA pre-excitada. Fibrilación ventricular.

**Comentario final:** El tiempo es valioso en medicina y, sobre todo, en determinadas patologías, incluida la que nos ocupa. En el paciente mencionado, debido a problemas burocráticos y de protocolo, el retraso del abordaje directo de su entidad pudo tener un desenlace fatídico durante las dos horas hasta la resolución del cuadro. Está demostrado en algunos casos que la FA pre-excitada es la arritmia debut en pacientes con WPW, pudiendo producir síncope y muerte súbita. La FA en presencia de vías accesorias con períodos refractarios anterógrados muy cortos puede generar frecuencia ventricular elevada con el subsiguiente riesgo de fibrilación ventricular y desestabilización hemodinámica. Gracias a factores favorecedores, como la edad principalmente, el paciente está actualmente asintomático y fuera de riesgo, realizándose, posteriormente, en el Servicio de Cardiología una ablación de la vía accesoria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
2. Almendral Garrote J, et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Arritmias Cardíacas. Rev Esp Cardiol. 2001;54:307-67.