

Fibrilación auricular en un paciente con síndrome de Wolff-Parkinson-White

ENRIQUE ALONSO FORMENTO, FERNANDO RODERO ÁLVAREZ, CARMEN ROS TRISTÁN, ANTONIO MARTÍNEZ OVIEDO, BLANCA MAR ENVID LÁZARO, FRANCISCO JOSÉ ESTEBAN FUENTES

Servicio de Urgencias. Hospital "Obispo Polanco" de Teruel, España.

En los síndromes de preexcitación existe una mayor predisposición a la aparición de arritmias auriculares que en la población general. En el síndrome de Wolff-Parkinson-White la fibrilación auricular (FA) es la segunda arritmia más frecuente después de las taquicardias reentrantes auriculoventriculares ortodrómicas. La FA en presencia de vías accesorias anterógradas puede generar frecuencias ventriculares altas con riesgo de fibrilación ventricular.

Presentamos el caso de un varón de 59 años diagnosticado de Síndrome de Wolff-Parkinson-White sin manifestaciones clínicas hasta el día de su ingreso.

Acude al servicio de urgencias por haberse despertado por dolor opresivo retroesternal y palpitaciones. En la exploración física destacan los signos de hipoperfusión periférica, y el electrocardiograma (ECG) inicial demuestra una taquicardia arritmica de QRS ancho sugestivo de FA (Figura 1). Se realiza cardioversión sincronizada con 200 Julios

de energía monofásica y pasa a un ritmo sinusal (Figura 2).

En el síndrome de Wolff-Parkinson-White la FA se muestra como una taquicardia irregular, con QRS ancho. Esta taquicardia se diferencia de la FA ordinaria de QRS ancho por conducción aberrante en que los primeros 40 mseg del complejo QRS (onda delta) en todas las derivaciones del ECG son iguales a los del ritmo sinusal con preexcitación.

El fármaco de elección es la procainamida, aunque la propafenona, la flecainida y la disopiramida son también útiles.

En caso de compromiso hemodinámico o frecuencias ventriculares superiores a 150 latidos por minuto debe realizarse una cardioversión eléctrica sincronizada lo más precozmente posible.

Si no se objetiva compromiso hemodinámico está también indicado el uso de amiodarona, en dosis de 150 mg iv, administrada en 10 minutos.

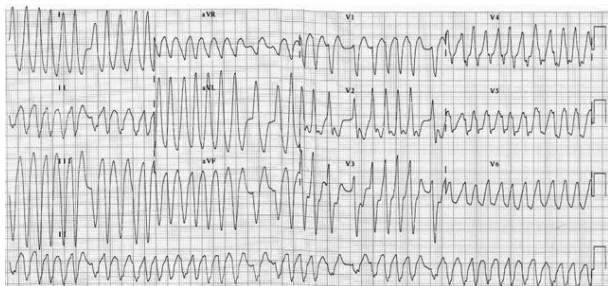


Figura 1. Electrocardiograma inicial.

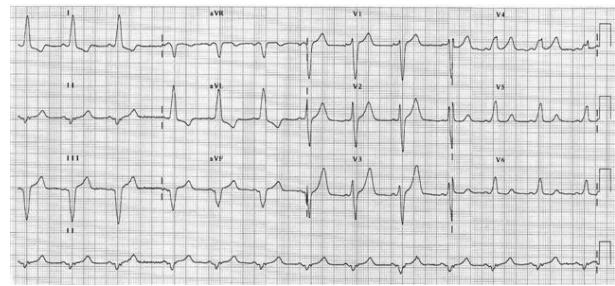


Figura 2. Electrocardiograma tras la cardioversión eléctrica.

CORRESPONDENCIA:

Enrique Alonso Formento. Plaza Playa de Aro, nº 1, piso 10, puerta 3. 44002 Teruel, España. E-mail: ealonsof@salud.aragon.es

FECHA DE RECEPCIÓN: 1-6-2007

FECHA DE ACEPTACIÓN: 22-1-2008