

Reporte de caso

Wolff Parkinson White en emergencia: reporte de caso

Wolff-Parkinson-White in Emergency: Case Report

Odry Corina Díaz-Morales¹  Bayron Josué Degrandes-Rodríguez²  Cesar Yldifonso Salinas Ulloa³ 
Olman Daniel Gradis-Santos¹  Jhiamluka Solano⁴ 

Resumen

El síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) es un trastorno pre-excitatorio caracterizado por una vía accesoria entre aurículas y ventrículos, que puede generar arritmias graves, incluso muerte súbita. A menudo es asintomático y se detecta incidentalmente mediante un electrocardiograma (ECG). Este caso describe a un paciente masculino de 39 años con antecedentes de arritmias, manejado inicialmente con bisoprolol. Tras presentar episodios recurrentes de palpitaciones y disnea, se confirmó el diagnóstico de WPW con ECG y Holter, identificando una vía accesoria lateral derecha. El manejo incluyó tratamiento expectante y seguimiento en espera de ablación. La ablación con catéter es el tratamiento de primera línea en pacientes sintomáticos o con alto riesgo, con pronóstico favorable si se realiza a tiempo.

Palabras claves: Síndrome de Wolff-Parkinson- White; Informes de Casos; Arritmias Cardíacas.
(Fuente: DeCS/MeSH)

Abstract

Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome is a pre-excitatory disorder characterized by an accessory pathway between the atria and ventricles, which can lead to severe arrhythmias, including sudden cardiac death. It is often asymptomatic and incidentally detected through an electrocardiogram (ECG). This case involves a 39-year-old male with a history of arrhythmias, initially treated with bisoprolol. After experiencing recurrent episodes of palpitations and dyspnea, WPW was confirmed via ECG and Holter monitoring, revealing a right lateral accessory pathway. Management included expectant care with outpatient follow-up for potential catheter ablation. Catheter ablation is the first-line treatment for symptomatic or high-risk patients, with a favorable prognosis when performed promptly.

Keywords: Wolff-Parkinson-White Syndrome; Case Reports; Arrhythmias, Cardiac
(Source: DeCS/MeSH)

Las cardiopatías no estructurales pueden permanecer desapercibidas en pacientes asintomáticos que solo presentan un patrón anormal en un electrocardiograma (ECG), o llegan a desencadenar arritmias graves en pacientes sintomáticos, causando el fallecimiento de manera rápida e inesperada⁽¹⁾. Entre estas enfermedades se encuentra el síndrome de Wolff Parkinson White, el cual presenta un trastorno del sistema de conducción cardíaca de tipo pre excitatorio debido a la presencia de una vía accesoria anormal entre aurículas y ventrículos^(2,3). La presencia del patrón de WPW en un electrocardiograma (ECG) de ritmo sinusal es de aproximadamente 0,15% y 0,3% en la población general⁽²⁾.

Este síndrome alcanza entre 0,8 y 1,9 por 1.000 personas al año de incidencia con respecto a la muerte cardíaca súbita, el cual suele ser el primer síntoma, más que todo en pacientes con síndrome de preexcitación no diagnosticado y/o asintomático.

Normalmente, los pacientes que presentan síntomas y preexcitación son los más fáciles de diagnosticar, convirtiendo a WPW muy difícil de detectar ya que la mayoría de los portadores, por definición, carecen de síntomas como palpitaciones, síncope u otros⁽⁴⁾. Su presentación clínica más común es de tipo asintomática siendo su diagnóstico de tipo incidental en pruebas rutinarias de ECG⁽⁵⁾.

Como manejo terapéutico se puede utilizar la maniobra vagal y el uso de fármacos antiarrítmicos⁽⁶⁾. El procedimiento de la ablación con catéter está indicado como tratamiento de primera línea en los pacientes sintomáticos y dependiendo de la evaluación y riesgos de arritmias, se indica, incluso en pacientes asintomáticos^(4,7). El pronóstico es favorable cuando existe un diagnóstico y tratamiento oportuno⁽³⁾.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 39 años de edad con evidencia de patrón WPW y una vía accesoria lateral derecha resaltando el desarrollo del proceso de evaluación, diagnóstico y manejo instaurado.

Autor de correspondencia:
Olman Gradis

olman.gradis@gmail.com +504 3328-6618
La información sobre los autores está disponible al final del artículo.

Caso Clínico

Paciente masculino de 39 años de edad, desde el 2016 con antecedentes de arritmias, siendo manejado con bisoprolol 5mg cada día por 4 años y luego abandono tratamiento, sin citas desde entonces.

Refiere que hace 4 meses ha presentado episodios de palpitations persistentes de 2 a 4 ocasiones diarias, acompañado de leve dolor torácico, hace 2 semanas episodios han aumentado hasta 6 ocasiones diariamente y disnea de grandes esfuerzos.

Es enviado a la emergencia Instituto Nacional Cardiopulmonar realizando abordaje: examen físico signos vitales normales, corazón R1 y R2 de ritmo regular, no soplos, estudios séricos y hemograma normal, función hepática, renal, electrolitos, función tiroidea normal. Se realiza radiografía de tórax sin alteraciones, electrocardiograma con evidencia de patrón PR corto y onda delta característica del síndrome WPW, sin arritmias o isquemia aguda, ecocardiograma función sistólica preservada, remodelamiento concéntrico del ventrículo izquierdo, sin valvulopatías. Evaluado por cardiología indicando Holter cardiaco de 24hrs con evidencia de patrón WPW, con vía accesoria lateral derecha, ritmo sinusal de base, ni episodios de fibrilación, actividad ectópica supraventricular esporádica menos del 1%. Evaluado por cardiología manejado de forma expectante y enviado a consulta externa para su seguimiento en espera de ablación.

Discusión

El síndrome de Wolff Parkinson White (WPW) es una enfermedad cardiovascular congénita preexcitatoria, caracterizada por una vía de conducción accesoria la cual conecta la aurícula y el ventrículo, creando alteración de la conducción normal; generando arritmias malignas como la fibrilación supraventricular de forma anterógrada o taquicardias ortodrómicas de forma retrógrada⁽¹⁾. Con relación a la prevalencia, la presencia del patrón de WPW en un electrocardiograma (ECG) de ritmo sinusal es de aproximadamente 0,15% y 0,3% en la población general. Se conoce que la existencia de familiares de primer grado con WPW aumenta la prevalencia en un 0,55%⁽²⁾. Se ha demostrado que la vía accesoria característica de WPW, es el resultado de la mutación en el gen PRKAG2⁽¹²⁾.

El síndrome de WPW presenta dos tipos de arritmias principales: taquicardia por reentrada auriculoventricular ortodrómica (oAVRT) siendo la más común y representando del 90 al 95% de las taquicardias por reentrada en pacientes con vía accesoria, y la fibrilación auricular⁽⁴⁾. La taquicardia antidrómica se da cuando la activación ocurre en el sentido contrario por la vía accesoria y retrógrado por el nódulo AV, creándose un complejo QRS ancho; en comparación esta es menos frecuente⁽⁸⁾.

En la presentación clínica de WPW, existe una diferencia entre el patrón de WPW y el síndrome de WPW donde el primero es asintomático y el segundo se acompaña de síntomas⁽³⁾. Normalmente es asintomática y el hallazgo del patrón de WPW es incidental en un ECG rutinario. En pacientes sintomáticos que refieren palpitations y manifiestan pre-síncope, la arritmia más común es la taquicardia por reentrada auriculoventricular (AVRT) seguida por la fibrilación auricular (FA) abarcando un tercio de los casos. La fibrilación ventricular es poco común, no obstante, es la causa dominante de muerte súbita y puede ser la primera manifestación del síndrome⁽⁹⁾.

Con respecto al diagnóstico, el recurso existente para diagnosticar el síndrome de WPW es el ECG, donde muestra una reducción del intervalo PR (< 0,12 segundos), ensanchamiento del complejo QRS (> 0,12 segundos) y de la onda delta (representada gráficamente como una curva de elevación inicial lenta del complejo QRS) (10). Dado a que los pacientes pueden presentar diferentes tipos de arritmias se recomiendan diferentes estudios como el ecocardiograma, el Holter, la ergometría y el estudio electrofisiológico⁽³⁾. Utilizando la superficie de ECG se puede predecir la localización de la vía accesoria, la cual puede evaluar los riesgos de miocardiopatía inducida por conducción anormal y considerar el procedimiento de ablación con catéter⁽⁴⁾.

En cuanto al manejo terapéutico no farmacológico, se conoce la maniobra vagal como uno de los tratamientos agudos para aquellos pacientes con oAVRT⁽⁶⁾. Con respecto al tratamiento farmacológico, según las directrices actuales, para la FA en pacientes estables se evitan agentes bloqueantes del nódulo auriculoventricular (particularmente adenosina), se prefieren medicamentos intravenosos como ibutilida o procainamida⁽⁵⁾. En cuanto al manejo quirúrgico, la ablación mediante catéter por radiofrecuencia de la vía accesoria se considera como tratamiento de primera línea en pacientes sintomáticos⁽¹²⁾. Recientemente la Asociación Europea del Ritmo Cardíaco (EHRA) ha recomendado este abordaje en pacientes asintomáticos cuya vía accesoria tiene características de alto riesgo, incluidos pacientes jóvenes, múltiples vías accesorias, taquicardia por reentrada auriculoventricular inducible y período refractario efectivo de la vía de <240 msegundos⁽¹¹⁾.

El riesgo de recurrencia después de la ablación de la vía accesoria (AP) en pacientes con síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) es del 5% y 12%, y suele darse al primer año después del procedimiento (12).

El pronóstico puede ser favorable cuando existe un diagnóstico y tratamiento oportuno, no obstante, alrededor del 0,1% de los casos pueden presentar muerte súbita⁽³⁾.

Conclusión

El abordaje y diagnóstico oportuno de las enfermedades cardiopulmonares permiten un tratamiento basado en evidencia científica. Pacientes sin patología estructural cardíaca y de bajo riesgo con WPW el tratamiento de primera línea es la ablación de la vía accesoria.

Contribuciones de los autores:

OCDM, BJDR, CYSU, JS y ODGS concibieron la idea del estudio, realizaron la recopilación de datos, y redactaron el artículo. Posteriormente, revisaron y editaron la versión final. Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión final, asumiendo la responsabilidad del contenido y el índice de similitud del mismo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de financiamiento:

Los gastos relacionados al artículo han sido financiados por los autores.

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Detalles de autor:

1. Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras (UNICAH), Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Medicina Interna, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras.
3. Departamento de Cardiología Clínica. Instituto Nacional de Cardiología, Ciudad de México, México.
4. Departamento de Cardiología, Hospital General de Scunthorpe, North Lincolnshire, Inglaterra.

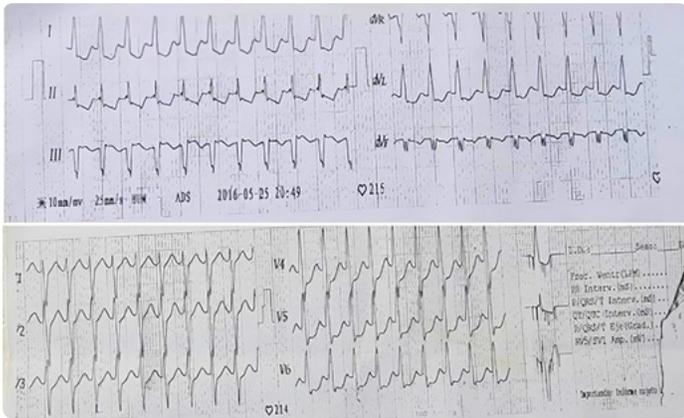


Figura 1. Electrocardiograma anterior. En el cual se puede apreciar una taquicardia sinusal

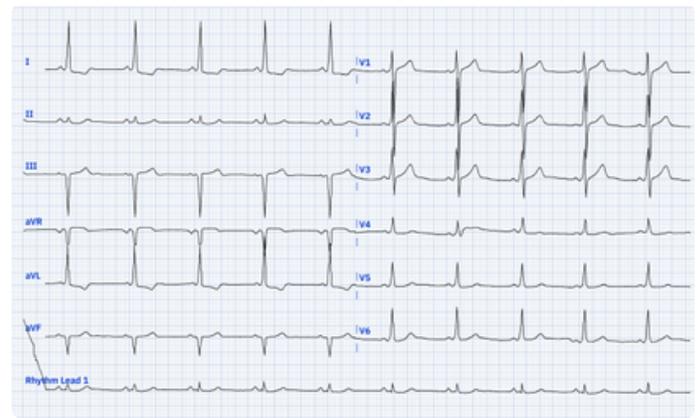


Figura 2. En el electrocardiograma hay presencia de la onda delta, con preexcitación ventricular tipo B típico de WWP

Recibido: 13/Noviembre/2024
Aceptado: 21/ Enero/2025
Publicado: 28 /Abril/2025

Referencias

- Medrano Plana Y, Castillo Marcillo ÁR, Chávez González E. CorSalud: Revista de enfermedades cardiovasculares. CorSalud [Internet]. 2009 [citado 26 de octubre de 2024];12(1):99–103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702020000100099&Ing=es&nrm=iso&tng=es
- Mestre-Sequeda ER, et al. Taquicardia supraventricular por reentrada AV ortodrómica en el síndrome de Wolff-Parkinson-White. Rev Soc Peruana Med Interna [Internet]. 2023 [citado 26 de octubre de 2024];36(2):85–8. Disponible en: <https://doi.org/10.36393/spmiv.36i2.762>
- Degradandes Rodríguez BJ, Gradis Santos OD, Martínez Brocato EJ, Alvarado Cortés JD, et al. Wolff-Parkinson-White y neurofibroma mediastinal: reporte de caso. Rev Científica Cienc Méd [Internet]. 2021 [citado 26 de octubre de 2024];24(2):173–7. Disponible en: http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332021000200173&Ing=es&nrm=iso&tng=es
- Vătăşescu RG, Paja CS, Şuş EE, et al. Wolf-Parkinson-White Syndrome: Diagnosis, Risk Assessment, and Therapy—An Update. Diagnostics [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2024];14(3):296. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2075-4418/14/3/296>
- Schiavone M, Filtz A, Gasperetti A, Zhang X, Forleo GB, Santangeli P, et al. Pre-excited atrial fibrillation in Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome: a case report and a review of the literature. Rev Cardiovasc Med [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2024];25(4):125–31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39076547/>
- Bendaram S, Elkattawy S, Noori AM, Fichadiya H, Ayad S, Kaur P, et al. Management of Wolff-Parkinson-White syndrome in a patient with peripartum cardiomyopathy. J Community Hosp Intern Med Perspect [Internet]. 2021 [citado 26 de octubre de 2024];11(6):839–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34804402/>
- Sherdia IA, Abdelaal SA, Hasan MT, Elsayed E, Mare'y M, Nawar AA, et al. The success rate of radiofrequency catheter ablation in Wolff-Parkinson-White syndrome patients: a systematic review and meta-analysis. Indian Heart J [Internet]. 2023 [citado 26 de octubre de 2024];75(2):98–107. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36758831/>
- Gaztañaga L, Marchlinski FE, Betensky BP. Mecanismos de las arritmias cardíacas. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012 [citado 26 de octubre de 2024];65(2):174–85. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.09.018>
- Vijay Y, Sanjeev T, Ratna Mani G, Chandra Mani P, Bhawani M, Manju S, et al. A Wolff-Parkinson-White (WPW) electrocardiographic pattern in asymptomatic patient – state-of-the-art review. J Cardiol Cardiovasc Med [Internet]. 2022 [citado 26 de octubre de 2024];7(2):45–52. Disponible en: <https://www.cardiologymedjournal.com/articles/jccm-aid1132.php>
- Inês PAC, Margarido EA, Oliveira ACV. Síndrome de Wolff-Parkinson-White: una revisión narrativa. REAS [Internet]. 2020 [citado 26 de octubre de 2024];47:e3142. Disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3142>
- Taffarel P, Vallone K, Maldonado S. Infarto agudo de miocardio posterior a ablación por radiofrecuencia en paciente con Wolff-Parkinson-White: a propósito de un caso clínico. Rev Arg Ter Int [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2024];41. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/891/1077>
- Burke BJ, et al. Underestimated recurrence rates after ablation for Wolff-Parkinson-White syndrome and impact on follow-up practices. Heart Rhythm [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2024];20(10):2053–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38663786/>