

IMÁGENES

Joven varón ciclista con síndrome de Wolff-Parkinson-White intermitente



A young male bike rider with intermittent Wolff-Parkinson-White syndrome

Salvador Labrador-Descalzo^{a,*}, Marta Valle-Coca^b y Fátima Ruiz-Sainz^c

^a Medicina de Atención Primaria, Centro de Salud de Bezana, Servicio Cántabro de Salud, Santa Cruz de Bezana, Cantabria, España

^b Consorci d'Atenció Primària de Salut Deltebre, Institut Català de la Salut, Tarragona, España

^c Centro de Salud Bajo Pas, Consultorio de Puente Viesgo, Servicio Cántabro de Salud, Cantabria, España

Varón de 36 años que practica el ciclismo de forma regular y que acude a consulta de atención primaria derivado por los servicios médicos de su mutua, tras realizar un reconocimiento de empresa, al detectar una arritmia cardiaca en el electrocardiograma (ECG). En sus antecedentes consta una neurofibromatosis de Von Recklinghausen de tipo 1 y un foramen oval permeable. No es fumador y no toma medicación alguna.

Al analizar el ECG hallamos un trazado con ritmo sinusal, extrasístoles ventriculares (EV), un segmento PR corto y complejos QRS anchos (onda delta) compatibles con síndrome de Wolff-Parkinson White (WPW) (fig. 1).

En consulta repetimos el ECG, observando de nuevo ritmo sinusal con frecuencia cardiaca de 50 lpm, ausencia de EV y presencia de onda delta (fig. 2), confirmando el diagnóstico.

Realizamos otro ECG en situación basal, donde se aprecia solo ritmo sinusal sin ondas delta ni EV.

En el corazón los impulsos eléctricos nacen en el nódulo sinusal, llegan al nódulo auriculoventricular (NAV) y el haz de His-Purkinje. En el síndrome de preexcitación WPW estos impulsos tienen una vía accesoria o varias que saltan este

anillo de las válvulas tricúspide o mitral sin previo paso por el NAV¹. Las vías accesorias (VA), haz de Kent, son restos embrionarios de miocardio ventricular que unen directamente las aurículas con los ventrículos.

En nuestro caso el ECG muestra un WPW con una vía accesoria de tipo B (el haz de Kent une la aurícula y el ventrículo derechos)²⁻³ y anteroseptal.

Los pacientes con WPW tienen mayor riesgo de sufrir arritmias como fibrilación-flutter auricular, taquicardias supraventriculares orto o antidrómicas, taquicardias ventriculares, así como riesgo de muerte súbita (MS) en un rango de 0,15 a 0,9/1.000 según los estudios³⁻⁶. Los pacientes con NF1 tienen además mayor riesgo (10%) de presentar arritmias⁵.

Se deriva a Cardiología para completar el estudio. Se le realizó un ecocardiograma, con ventrículo izquierdo no dilatado, FEVI y ventrículo derecho normales, Holter de 24 horas, donde se aprecian EV ocasionales con ritmo sinusal, y una ergometría, donde desaparecen las EV desde el inicio de la prueba con reaparición posterior en reposo; la frecuencia cardiaca es de 104 lpm, sin alteraciones de la repolarización ventricular. Concluye el estudio siendo clínica y eléctricamente negativo, con el diagnóstico de síndrome de WPW intermitente.

El manejo de este paciente, deportista asintomático, debe dirigirse a determinar aquellos factores de riesgo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salvadorlabrador@hotmail.com (S. Labrador-Descalzo).

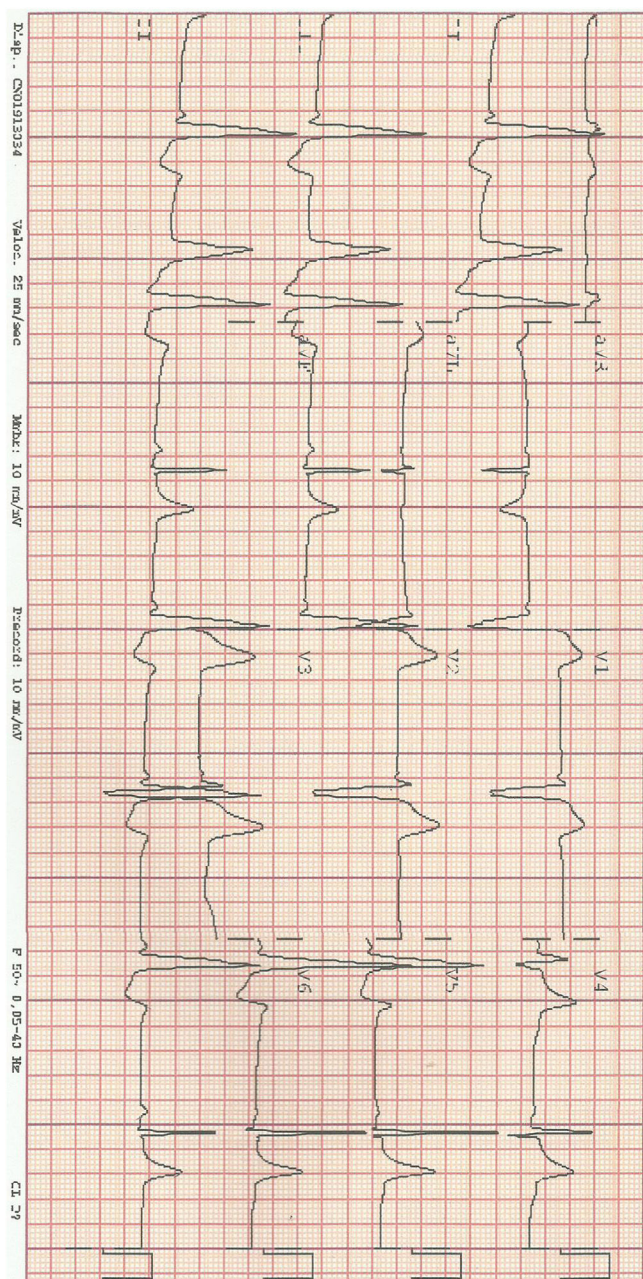


Figura 1 ECG del síndrome de WPW con EV, espacio PR corto con onda delta.

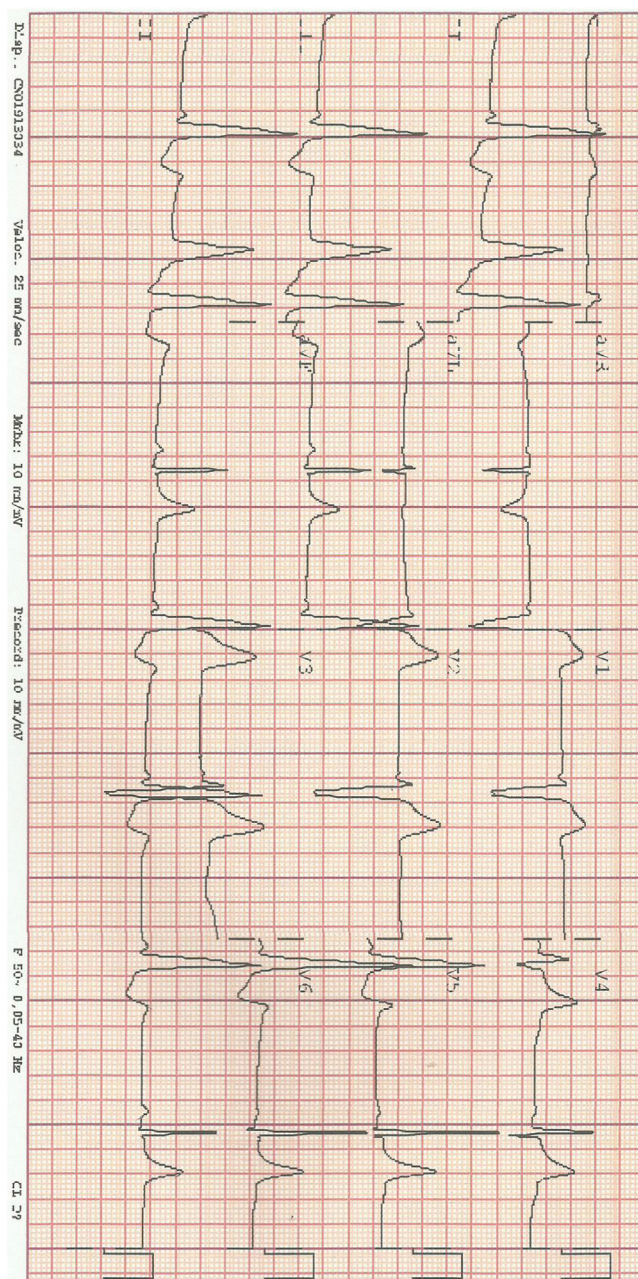


Figura 2 ECG del síndrome de WPW con espacio PR corto, QRS ancho y onda delta.

de muerte súbita: edad joven, varón, episodios previos de taquicardias ortodrómicas, antidrómicas, múltiples vías accesorias y las propiedades electrofisiológicas de estas vías. Considerar la neurofibromatosis y el riesgo arritmógeno relacionado. Predictores clásicos de buen pronóstico son la pérdida de preexcitación durante el esfuerzo o tras infusión de fármacos; las guías europeas le otorgan un grado de recomendación IIb.

El tratamiento de elección en pacientes sintomáticos es la ablación de la vía accesoria; en los asintomáticos se aconseja también la ablación, sobre todo en pacientes que tienen factores de riesgo o en aquellos con profesiones o hobbies de riesgo (pilotos, policías, deportistas profesionales)⁴⁻⁶.

Responsabilidades éticas

Se han seguido las normas éticas para la publicación en el centro de salud y se ha obtenido autorización en forma de consentimiento informado por escrito por parte del paciente.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación pública o privada alguna para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Odiaga-Andicoechea A. Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Guías de Cardiología de Fistera. Fecha de revisión: 20 Sep 2019. Disponible en: <https://www.fisterra.com/Guias-clinicas/Cardiologia/Sindrome-de-Wolff-Parkinson-White.html>
2. Conde de la Fuente A. Taquicardias ectopicas. En: Cardiología Pregrado. Madrid: Editorial Luzan; 1986. p. 56–62.
3. McNamara DA, Patel N. Preexcited atrial fibrillation after a blood draw. N Eng J Med. 2020;382:e22.
4. Sanchez-Borque P, Bravo-Calero L, Miracle-Blanco A, García-Talavera C, Porta Sánchez A, Cabrera Rodríguez JA, et al. Taquicardias supraventriculares. Medicine. 2021;13:2632–40.
5. Herrero-Castilla A. Rasopatías y sus alteraciones cardiológicas en pacientes con alteración genética confirmada. Trabajo de fin de grado. Salamanca: Editorial Universidad de Salamanca; 2022. p. 37.
6. Cecconi A, Vivas D. Corazón y deporte. Medicine. 2013;11:2642–8.