

FIBRILACIÓN AURICULAR PREEXCITADA. LA ARRITMIA ESCONDIDA BAJO UNA TAQUICARDIA DE QRS ANCHO QUE NO DEBEMOS OLVIDAR

Dra. Cristina Marco López¹ / Dr. Pedro Luis Sorribas Rubio¹ / Dra. Patricia Boned Blas¹ / D. Alberto Samper Puértolas²

¹ Médico de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

² Enfermero de Urgencias. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

RESUMEN

La fibrilación auricular (FA) preexcitada es la segunda taquiarritmia más frecuente en pacientes con síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) y suele presentarse con una muy alta frecuencia ventricular, que puede degenerar en fibrilación ventricular (FV) y muerte súbita. Debemos tener en cuenta los distintos diagnósticos diferenciales electrocardiográficos para instaurar la mejor estrategia terapéutica en un evento agudo y conseguir así el mejor tratamiento definitivo.

Se presenta un caso de FA preexcitada y se discute su fisiopatología, manifestaciones electrocardiográficas y su tratamiento inicial y definitivo.

PALABRAS CLAVE

Fibrilación auricular preexcitada, Wolff-Parkinson-White, taquicardia QRS ancho, amiodarona.

ABSTRACT

Pre-excited atrial fibrillation (AF) is the second most frequent tachyarrhythmia in patients with Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome and usually presents with a very high ventricular rate, which can degenerate into ventricular fibrillation (VF) and sudden death. We must take into account the different electrocardiographic differential diagnoses in order to establish the best therapeutic strategy in an acute event and decide the best definitive treatment.

We present a case of pre-excited AF and discuss its pathophysiology, electrocardiographic manifestations, and initial and definitive treatment.

KEYWORDS

Pre-excited atrial fibrillation, Wolff-Parkinson-White, Wide QRS tachycardia, Amiodarone

INTRODUCCIÓN

La preexcitación ventricular ocurre cuando los impulsos eléctricos auriculares excitan los ventrículos antes de lo esperado, lo que indica la existencia de una vía de conducción accesoria (tracto de músculo cardíaco) desde las aurículas a los ventrículos. En la FA preexcitada, el impulso auricular, al ser conducido por la vía accesoria del WPW (haz de Kent), no sufre el retraso normal en el nodo aurículoventricular (AV) antes de alcanzar el haz de His. La despolarización precoz por la vía accesoria de la región del miocardio ventricular, produce un electrocardiograma (ECG) típico, con un intervalo PR corto ($< 0,12$ seg.), una rama de ascenso QRS irregular (onda delta), que es la expresión electrocardiográfica del miocardio ventricular despolarizado precozmente a través de la vía accesoria, y un complejo QRS ancho AV (Fig. 1).

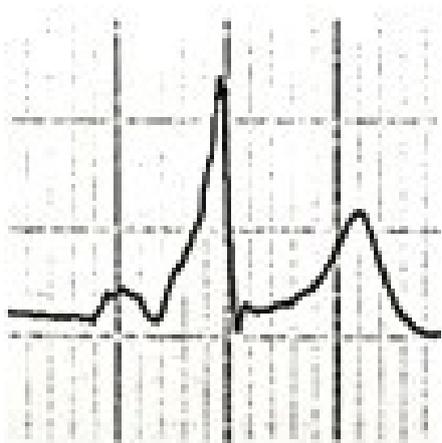


Fig. 1. Imagen electrocardiográfica con patrón de PR corto, onda delta y QRS ancho típico de WPW.

En sentido estricto, solo se debe hablar de “síndrome” de WPW cuando la preexcitación ventricular se asocia con taquicardia, pero en muchas ocasiones se utilizan estos dos términos como sinónimos.

Debemos saber que las taquiarritmias auriculares (FA y flutter auricular), que son más frecuentes en los pacientes con preexcitación ventricular que en el resto de la población, en presencia de una vía accesoria AV, como es el caso del WPW, debido al corto periodo refracta-

rio anterógrado de la vía accesoria, muchos estímulos pueden pasar de aurículas a ventrículos y provocar una frecuencia ventricular muy rápida que puede degenerar en fibrilación ventricular y por tanto, riesgo de muerte súbita.

En cuanto al tratamiento, cabe destacar la terapia aguda de los episodios de taquiarritmia, y la prevención de las taquiarritmias y de muerte súbita. Para ello, las principales alternativas terapéuticas son los fármacos antiarrítmicos y la ablación con catéter.

El objetivo del artículo es la atención en el diagnóstico electrocardiográfico y la discusión de la eficacia y seguridad de su tratamiento.

CASO CLÍNICO

Se presenta un caso clínico de una mujer de 32 años sin antecedentes médicos de interés ni alergias conocidas, en tratamiento con anticonceptivos orales (levonorgestrel/ etidilestradiol 100/20 mcg diarios).

Acude a nuestro servicio por episodio súbito de palpitaciones de inicio con el esfuerzo y presíncope, sin cese con respiraciones de relajación. La paciente cuenta clínica previa de palpitaciones sostenidas y rítmicas que cedían con maniobras de Valsalva, por las que nunca había consultado. Se realiza ECG a su llegada a urgencias objetivando taquicardia arrítmica de QRS ancho polimorfa a 180 latidos por minuto (lpm) (Fig. 2). Se inicia tratamiento con amiodarona, presentando a los 2 minutos rush cutáneo en cara y cuello, y empeoramiento clínico, sin cambios en el registro electrocardiográfico. Se decide posteriormente pauta de adenosina para intento de reducción de respuesta ventricular, sin éxito y con persistencia de malestar sintomático, por lo que se opta finalmente por cardioversión eléctrica (CVE) a 200 julios bajo sedación con propofol, ante la sospecha final de FA preexcitada por WPW, consiguiendo reversión a ritmo sinusal a 70 lpm. Se ingresa en Cardiología con telemetría donde se realiza ecocardiograma que descarta cardiopatía estructural y se traslada a Hospital Miguel Servet para ablación definitiva, consiguiendo ECG posterior normal sin preexcitación (Fig. 3).

Notas Clínicas

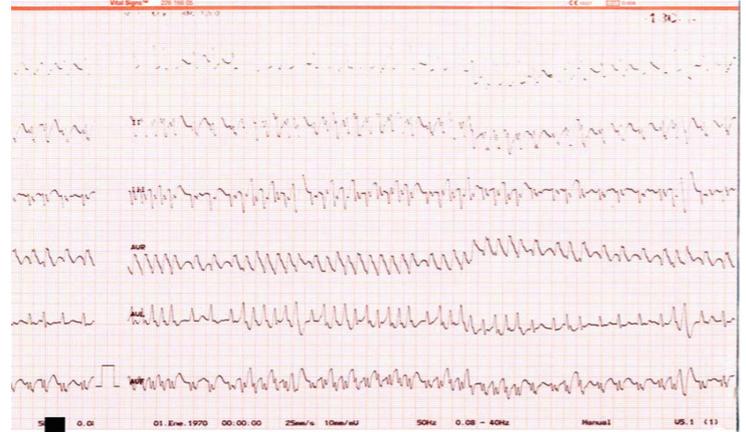
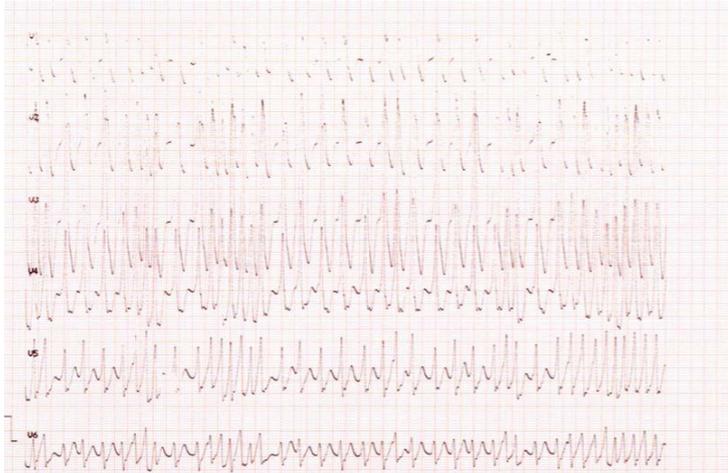


Fig. 2. ECGs con FA preexcitada.

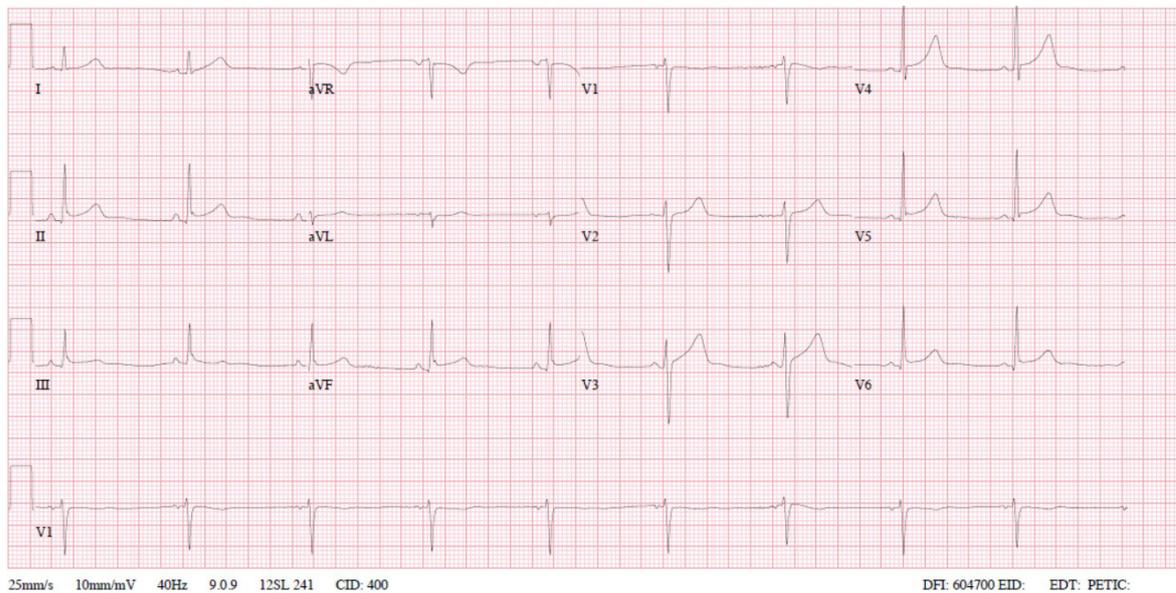


Fig. 3. ECG sinusal sin preexcitación

DISCUSIÓN

Se presenta un caso de FA preexcitada como manifestación inicial del síndrome de WPW, generando una estimulación ventricular precoz debido a la vía accesoria.

Cabe destacar que en estos pacientes, la FA es la segunda arritmia más frecuente después de la taquicardia paroxística supraventricular por reentrada AV. La FA se presenta como una taquicardia irregular con QRS ancho, debido a que la FA conduce simultáneamente a los ventrículos a través de la vía accesoria (en

mayor medida) y del sistema conducción normal: nodo AV, haz de His, red de Purkinje. La rápida conducción por la vía accesoria contribuye al desarrollo de una respuesta ventricular muy alta (como en nuestra paciente) con el riesgo de degenerar en fibrilación ventricular y consecuente muerte súbita.

Una de las principales características que permiten el diagnóstico en la FA preexcitada, es que los QRS preservan la misma polaridad, a diferencia de lo que sucede en la taquicardia ventricular polimorfa (TVPM), principal diagnóstico diferencial. Otros diagnósticos diferenciales son

Notas Clínicas

la taquicardia ventricular monomorfa sostenida (TVMS) y la FA con conducción aberrante (bloqueo de rama derecha [BRD] o izquierda [BRI]). En la TVMS los complejos QRS suelen ser mucho más parecidos entre sí que durante la FA preexcitada, donde los QRS son distintos en morfología y duración. En la FA con aberrancia, los complejos QRS suelen mostrar una morfología característica de BRD o BRI, a diferencia de la FA preexcitada en donde el QRS no respeta los patrones típicos de bloqueo de rama.

Para su tratamiento está contraindicada la administración de fármacos que bloquean el nodo AV (betabloqueantes, los bloqueadores de los canales de calcio y la digoxina) pues favorecen la conducción a través de la vía accesoria y podría generar una fibrilación ventricular. Mencionar también entre los fármacos potencialmente deletéreos, la observación de una serie de casos en que ocurrió FV tras administrar amiodarona intravenosa en pacientes con FA preexcitada, lo que nos obliga a considerar la amiodarona intravenosa entre los fármacos proscritos en la FA preexcitada.

Si el paciente no está inestable como para requerir CVE urgente, la procainamida intravenosa es la mejor elección para el tratamiento agudo. Otras opciones eficaces son flecainida y propafenona. Si el paciente presenta inestabilidad hemodinámica, la CVE sería la primera conducta (sin intento previo de reversión farmacológica). Superado el cuadro agudo, debe realizarse ablación de la vía accesoria por el riesgo de muerte súbita que conlleva este cuadro.

Si estamos ante un paciente con taquicardia irregular con un complejo QRS ancho en el

que no hay constancia previa de preexcitación, puede ser difícil establecer el diagnóstico diferencial entre FA con preexcitación y FA con bloqueo de rama. En estos casos es útil el empleo de adenosina, ya que no modificará sustancialmente el ECG en la preexcitación, mientras que reducirá de forma importante la respuesta ventricular (durante unos segundos) si el paciente no tiene preexcitación y sí bloqueo de rama. No obstante, esta maniobra solo debe hacerse en un entorno con un desfibrilador disponible ante la eventualidad (no descrita hasta el momento) de que precipite a una FV en la preexcitación.

CONCLUSIONES

La FA preexcitada por WPW suele ser una etiología difícil de diagnosticar en un servicio de urgencias en un paciente sin diagnóstico previo de preexcitación, debido a la rapidez de actuación clínico terapéutica y a la similitud electrocardiográfica con otras taquiarritmias. Debemos incidir en realizar un buen diagnóstico inicial y en un tratamiento correcto precoz evitando así frenadores del nodo AV o amiodarona que provoquen con esto riesgo de FV y consecuentemente muerte súbita. Ante casos dudosos y en los que tengamos un diagnóstico presuntivo de FA preexcitada, recurriremos a la CVE de entrada como tratamiento más seguro en pacientes con inestabilidad hemodinámica; si el paciente no está inestable como para requerir CVE urgente, la procainamida intravenosa es la mejor elección para el tratamiento agudo. La terapia definitiva en estos pacientes será la ablación de la vía accesoria.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Almendral J, González E, Atienza F, Vigil D, Arenal Á. Tratamiento de los pacientes con preexcitación ventricular. *Rev Esp Cardiol* 2004;57(9):859-68.
2. L. Gemma, L. Steinberg, E. Prystowsky, B. Padanilam. Development of rapid preexcited ventricular response to atrial fibrillation in a patient with intermittent preexcitation. *J Cardiovasc Electrophysiol.*, 24 (2013), pp. 347-350.
3. Parra JC., et al. Wolff-Parkinson-White: a propósito de un caso. *Semergen* 2002;28(1):44-6.
4. Mata Cuevas, LA., et al. Fibrilación auricular por vía accesoria con patrón de preexcitación ventricular: Informe de un caso. *CorSalud* 2020 Jul-Sep;12(3):338-342.
5. Baquero M., et al. Recomendaciones de buena práctica clínica en arritmias. *Semergen* 2010;36(4):e1-e14.
6. Fuster V., et al. Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences. *Eur Heart J* 2001;22:1852-923.
7. Pappone C, Santinelli V, Manguso F, Augello G, Santinelli O, Vicedomini G, et al. A randomized study of prophylactic catheter ablation in asymptomatic patients with the Wolff-Parkinson-White syndrome. *N Engl J Med*, 349 (2003), pp. 1803-11.