

REPORTE DE UN CASO

**PATRÓN DE PREEXCITACIÓN TIPO A INICIALMENTE DIAGNOSTICADO COMO
ANSIEDAD: IMPORTANCIA DEL ECG EN ATENCIÓN PRIMARIA.
TYPE A PRE-EXCITATION PATTERN INITIALLY DIAGNOSED AS ANXIETY: THE
IMPORTANCE OF ECG IN PRIMARY CARE.**

Luis Fernando Toscano Dulcey,¹ Luis Dulcey Sarmiento,² Jorge Andrés Hernández Navas.³

¹ Médico Interno. Fundación Cardiovascular de Colombia. Bucaramanga, Colombia.
luisfer10219@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7656-1904>

² Especialista en Medicina Interna. Fellowship in Vascular Medicine and Angiology of the European Independent Foundation. Universidad de Mérida. Bucaramanga, Colombia.
luismedint@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9306-0413>

³ Médico General. Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia.
jorgeandreshernandez2017@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5758-5965>

Recibido: 01-06-2025

Aceptado: 06-10-2025

Publicado: 06-12-2025

Luis Fernando Toscano Dulcey
Universidad de Santander
Calle 103#40A-14 Bucaramanga
Teléfono: +573153154068
Correo: luisfer10219@gmail.com

RESUMEN

El patrón de preexcitación asociado a una vía accesoria constituye una causa relevante de palpitaciones y taquiarritmias en adultos jóvenes, en especial cuando no es reconocido de manera oportuna en el primer nivel de atención. El objetivo de este reporte es describir la presentación clínica, el proceso diagnóstico y la evolución de un paciente con un patrón electrocardiográfico compatible con preexcitación tipo A, que se interpretó al inicio como un cuadro ansioso. Se realizaron una revisión de la historia clínica, exploración física y estudios complementarios del paciente. Se presenta a un hombre de 29 años con episodios intermitentes de palpitaciones de inicio súbito, de segundos a minutos de duración, acompañados ocasionalmente de disnea y sensación de angustia. En una valoración previa había sido catalogado como trastorno de ansiedad sin criterios completos. El electrocardiograma de reposo mostró intervalo PR corto, empastamiento inicial del QRS y repolarización secundaria, hallazgos sugerentes de un patrón de preexcitación tipo A. El paciente fue remitido a electrofisiología, donde se confirmó una vía accesoria izquierda y se realizó ablación exitosa, con resolución completa de los síntomas. Este caso destaca la importancia de la interpretación sistemática del electrocardiograma en atención primaria y refuerza la necesidad de considerar causas cardiológicas en pacientes jóvenes con palpitaciones antes de concluir un diagnóstico psiquiátrico.

Palabras clave

Síndrome de Wolff-Parkinson-White, arritmia cardíaca, electrocardiografía, atención primaria de salud, trastornos de ansiedad.

ABSTRACT

The pattern of pre-excitation associated with an accessory pathway is a relevant cause of palpitations and tachyarrhythmias in young adults, especially when it is not recognized promptly at the primary care level. The objective of this report is to describe the clinical presentation, the diagnostic process, and the evolution of a patient with an electrocardiographic pattern compatible with Type A pre-excitation, initially interpreted as an anxiety disorder. A review of the patient's clinical history, physical examination, and complementary studies was performed. We present the case of a 29-year-old man with intermittent episodes of sudden-onset palpitations, lasting from seconds to minutes, occasionally accompanied by dyspnea and a sensation of distress. In a previous evaluation, he had been categorized as having an anxiety disorder without complete criteria. The resting electrocardiogram showed a short PR interval, initial QRS slurring (delta wave), and secondary repolarization abnormalities, findings suggestive of a Type A pre-excitation pattern. The patient was referred to electrophysiology, where a left-sided accessory pathway was confirmed, and successful ablation was performed, leading to complete resolution of symptoms. This case highlights the importance of systematic electrocardiogram interpretation in primary care and reinforces the need to consider cardiological causes in young patients with palpitations before concluding a psychiatric diagnosis.

Keywords

Wolff-Parkinson-White syndrome, cardiac arrhythmia, electrocardiography, primary health care, anxiety disorders.

CONTEXTO

El síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) es una de las causas más frecuentes de taquicardia supraventricular en adultos jóvenes, con una prevalencia estimada de 1 a 3 por cada 1000 individuos en la población general.⁽¹⁾ Esta condición se relaciona con la presencia de una vía accesoria capaz de conducir impulsos eléctricos entre aurículas y ventrículos, predispone a taquiarritmias potencialmente graves. No obstante, es fundamental diferenciar entre patrón de preexcitación y síndrome de WPW: el primero se refiere solo a los hallazgos electrocardiográficos (intervalo PR corto, onda delta, QRS empastado), mientras que el síndrome solo puede diagnosticarse cuando existe preexcitación asociada a taquiarritmias documentadas o inducibles durante un estudio electrofisiológico.^(2,3) El WPW tipo A, relacionado con una vía accesoria izquierda, presenta una típica onda delta más evidente en las derivaciones precordiales derechas y un QRS que predomina positivo en V1.^(2,3) La literatura reciente destaca que los patrones de preexcitación persistente —a diferencia de los intermitentes— se asocian con un mayor riesgo de arritmias como taquicardia ortodrómica y fibrilación auricular.⁽⁴⁾ Esto es particular y relevante en pacientes jóvenes sin antecedentes cardiológicos previos, ya que el reconocimiento tardío puede permitir la progresión hacia eventos arrítmicos con riesgo de compromiso hemodinámico.^(4,5)

Además, estudios recientes subrayan que la confusión diagnóstica entre palpitaciones de origen arrítmico y trastornos de ansiedad es frecuente en Atención Primaria de Salud, en especial cuando no se realiza un electrocardiograma en la primera valoración.⁽⁶⁾ Este caso permite revisar la fisiopatología, la

presentación clínica y la relevancia del diagnóstico temprano en el primer nivel de atención, donde la interpretación sistemática del ECG puede modificar el pronóstico y prevenir complicaciones graves.^(5,6)

Presentación de caso

Se presenta un paciente masculino de 29 años, conductor de profesión, sin antecedentes cardiovasculares conocidos, quien consulta por episodios intermitentes de palpitaciones de tres meses de evolución. Los síntomas iniciaron de forma progresiva, pero se tornaron más frecuentes en el último mes. El paciente describe las palpitaciones como de inicio y término súbitos, con una duración variable entre 30 segundos y 5 minutos, a veces acompañadas de disnea leve y sensación de inquietud, pero sin sícope ni dolor torácico. Los episodios se desencadenaban durante la conducción o ante situaciones de estrés. En cuanto a antecedentes personales, refería trombocitopenia en la infancia y adenopatía hilar bilateral en estudio, sin diagnóstico definitivo. En su familia había antecedentes de enfermedad coronaria en abuelos maternos y paternos.

El paciente había consultado en medicina general, donde fue catalogado como posible trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, la evaluación psiquiátrica básica reveló que no cumplía criterios DSM-5 para dicho diagnóstico, pues no presentaba preocupaciones excesivas, síntomas persistentes ni afectación funcional, por lo que dicha impresión correspondió a un diagnóstico presuntivo no confirmado. Recibió ansiolíticos de forma empírica, sin mejoría clínica.

Tras un nuevo episodio que ocurrió mientras conducía, caracterizado por palpitaciones de inicio súbito que cedieron en forma espontánea, acudió

al servicio de medicina interna. Al examen físico se encontraba en buen estado general, con signos vitales normales excepto una frecuencia respiratoria de 24 rpm, interpretada como taquipnea secundaria a ansiedad situacional durante la evaluación, ya que no se encontraron signos de compromiso pulmonar, a pesar de su antecedente de adenopatías hiliares.

El hemograma completo (Hemoglobina, leucocitos y plaquetas) y la TSH se encontraban dentro de rangos normales, descartando anemia o alteraciones tiroideas como causas contribuyentes.

Se realizó un electrocardiograma en reposo que mostró intervalo PR corto, empastamiento inicial del complejo QRS y anomalías secundarias de la repolarización, hallazgos compatibles con un patrón de preexcitación. La duración del QRS era <120 ms, con morfología rSr' en V1-V2, hallazgo frecuente en vías accesorias izquierdas. Estos datos sugirieron un patrón de preexcitación tipo A (figura N° 1), pero no permitieron confirmar aún un síndrome de Wolff-Parkinson-White, dado que no se contaba con taquiarritmia documentada.

Dada la naturaleza de los síntomas (inicio súbito, duración breve y recurrencia), sugestivos de taquicardia supraventricular paroxística, el paciente fue remitido al servicio de electrofisiología para estudio invasivo y estratificación del riesgo.

En el estudio electrofisiológico se documentó una vía accesoria izquierda con conducción anterógrada y retrógrada, capaz de inducir taquicardia ortodrómica, lo que permitió confirmar el diagnóstico de síndrome de Wolff-Parkinson-White tipo A. Se realizó ablación por radiofrecuencia, acción que logró la eliminación completa de la vía accesoria sin complicaciones.

En el seguimiento a tres meses, el paciente refirió resolución completa de las palpitaciones, sin nuevos episodios y sin recurrencia de síntomas ansiosos, lo que apoyó la hipótesis de que la sintomatología inicial correspondía a episodios arrítmicos y no a un trastorno psiquiátrico.

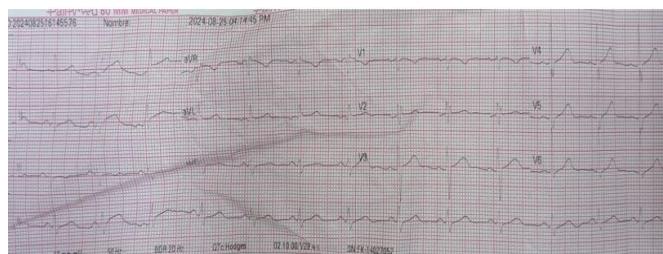


Figura N° 1. El electrocardiograma en reposo muestra ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca aproximada de 85 lpm y un eje eléctrico cercano a 0°. Se identifica un *intervalo PR corto* (<120 ms) y un *empastamiento inicial del complejo QRS* compatible con onda delta sutil, más evidente en la derivación DII. La duración del QRS es menor de 120 ms, sin criterios de ensanchamiento, y en las derivaciones precordiales derechas (V1–V2) se observa una morfología rSr' sugestiva de un patrón de bloqueo incompleto de rama derecha (figura 1), hallazgo que con frecuencia se asocia a vías accesorias izquierdas. Se aprecian, además, alteraciones secundarias de la repolarización, con ondas T discordantes respecto al vector del QRS, lo que es característico de la preexcitación ventricular. Estos hallazgos descritos son compatibles con un *patrón de preexcitación tipo A*.

DISCUSIÓN

El patrón de preexcitación ventricular constituye un hallazgo electrocardiográfico de importancia en pacientes jóvenes con palpitaciones, dado que puede progresar al síndrome de Wolff-Parkinson-

White (WPW) cuando se documentan taquiarritmias asociadas. Esta distinción entre patrón y síndrome es fundamental en la práctica clínica, en especial en atención primaria, donde los síntomas pueden confundirse con trastornos ansiosos y retrasar el diagnóstico adecuado. (8,9,11,14)

Estudios poblacionales han demostrado que la prevalencia del WPW oscila entre 0,1% y 0,3% en adultos jóvenes (1,3,10) y que una proporción relevante de pacientes con taquicardias supraventriculares son diagnosticados al inicio como portadores de trastornos de ansiedad o crisis de pánico. (11,14,15) Este fenómeno ocurre porque ambos cuadros pueden presentarse con palpitaciones de inicio súbito, sensación de falta de aire y activación autonómica.

Revisiones recientes confirman que la confusión diagnóstica es frecuente en el primer nivel de atención, en especial cuando no se realiza un electrocardiograma (ECG) durante la primera valoración. (11,14,15)

En el paciente descrito, el ECG reveló un intervalo PR corto, un empastamiento inicial del QRS compatible con una onda delta sutil y cambios secundarios de la repolarización —hallazgos consistentes con un patrón de preexcitación tipo A. (2,3) Sin embargo, como recomiendan las guías internacionales, el diagnóstico definitivo de síndrome de WPW requiere documentar taquiarritmias inducibles o espontáneas y demostrar la participación de la vía accesoria. (12,13) En este caso, el estudio electrofisiológico permitió inducir taquicardia ortodrómica y localizar la vía accesoria izquierda, lo que confirmó el síndrome de WPW tipo A y justificó la ablación. (12,13,21)

Asimismo, es importante diferenciar entre WPW persistente y WPW intermitente o latente, ya que

estos últimos pueden presentar preexcitación variable o ausente, lo que dificulta el diagnóstico y favorece interpretaciones erróneas. (19) Estudios recientes han demostrado que la preexcitación persistente con intervalo PR corto y onda delta estable confiere un mayor riesgo arrítmico, por lo que estos pacientes se benefician de la evaluación electrofisiológica temprana. (19,20) El caso presentado corresponde a esta categoría, lo que facilitó una detección precoz y una derivación adecuada.

Desde la perspectiva de la atención primaria, resulta crucial establecer un enfoque costo-efectivo. Solicitar un ECG a todos los pacientes con ansiedad no es viable en sistemas de alta demanda; sin embargo, se ha demostrado que el rendimiento diagnóstico aumenta de manera significativa cuando las palpitaciones tienen inicio súbito, terminación abrupta, duración breve y ausencia de desencadenantes emocionales evidentes. (16–18) Por ello, se propone el siguiente algoritmo sencillo basado en evidencia:

“Palpitaciones + inicio súbito → ECG obligatorio en la primera consulta.”

Este enfoque ha demostrado mejorar la detección de arritmias paroxísticas, reducir los diagnósticos erróneos y optimizar el uso de recursos. (16–18)

En relación con el tratamiento, la ablación por radiofrecuencia continúa siendo la terapia de elección para vías accesorias sintomáticas o de alto riesgo. Metaanálisis recientes confirman tasas de éxito superiores al 95%, bajo riesgo de complicaciones y escasa recurrencia. (21,22) Estos datos coinciden con lo observado en el presente caso, donde la ablación eliminó la conducción por

la vía accesoria y produjo la resolución completa de las palpitaciones, además de descartar en forma definitiva la hipótesis psiquiátrica inicial.

Esta experiencia subraya la importancia de la lectura sistemática del ECG, la diferenciación entre trastornos de ansiedad y arritmias, y la necesidad de fortalecer competencias diagnósticas en el primer nivel de atención para evitar retrasos que pueden comprometer el pronóstico.^(6,7,18)

CONCLUSIONES

El patrón de preexcitación ventricular puede pasar desapercibido en escenarios de atención primaria, en especial cuando se manifiesta con síntomas inespecíficos como palpitaciones, ansiedad o disnea leve. Este caso demuestra la importancia de diferenciar entre *patrón de preexcitación* y *síndrome de Wolff-Parkinson-White*, distinción que solo puede establecerse cuando se documentan taquiarritmias o se confirma la participación de una vía accesoria mediante estudio electrofisiológico.

La presentación inicial como cuadro ansioso resalta la necesidad de considerar causas cardiológicas en pacientes jóvenes con palpitaciones de inicio súbito y terminación abrupta, y la utilidad de incorporar el electrocardiograma como herramienta diagnóstica temprana y costo-efectiva en atención primaria.

Asimismo, el estudio electrofisiológico permitió confirmar una vía accesoria izquierda y guiar una ablación efectiva que logró la resolución completa de los síntomas y descartó un trastorno psiquiátrico como etiología principal. Este caso ilustra el papel fundamental del médico general en la identificación precoz de patrones electrocardiográficos sugestivos de preexcitación, así como la importancia de la remisión oportuna a

electrofisiología para evitar complicaciones arrítmicas con potencial de gravedad.

La educación del paciente, el seguimiento clínico adecuado y la valoración sistemática del ECG son pilares para reducir la morbilidad asociada al síndrome de Wolff-Parkinson-White.

Consentimiento informado

El paciente otorgó y firmó consentimiento informado por escrito para el uso académico y la publicación de su información clínica y del trazado electrocardiográfico, lo cual garantizó el respeto a su confidencialidad y anonimato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Munger TM, Packer DL, Hammill SC, Feldman BJ, Bailey KR, Ballard DJ, et al. A population study of the natural history of Wolff-Parkinson-White syndrome in Olmsted County, Minnesota, 1953–1989. *Circulation*. 1993;87(3):866–873. doi:10.1161/01.CIR.87.3.866.
2. Wolff L, Parkinson J, White PD. Bundle-branch block with short P-R interval in healthy young people prone to paroxysmal tachycardia. *Ann Noninvasive Electrocardiol*. 2006;11(4):340–353. doi:10.1111/j.1542-474X.2006.00127.x.
3. Kobza R, Toggweiler S, Dillier R, Abächerli R, Cuculi F, Sarraj A, et al. Prevalence of pre-excitation in a young population of male Swiss conscripts. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2011;34(8):949–953. doi:10.1111/j.1540-8159.2011.03085.x.
4. Haïssaguerre M, Shah D, Jais P, Weerasooriya R, Fischer B, Nodari S, et al. Electrophysiological features and catheter ablation of accessory pathways--state of the art. *Eur Heart J*. 2020;41(2):135–142.

- doi:10.1093/eurheartj/ehz856.
5. Kim YG, Uhm JS, Lee HJ, Pak HN, Joung B. Sudden cardiac death risk in Wolff-Parkinson-White syndrome: current perspectives. *JACC Clin Electrophysiol.* 2019;5(1):1–9. doi: 10.1016/j.jacep.2018.08.010.
6. Al-Khatib SM, Stevenson WG, Ackerman MJ, et al. 2017 AHA/ACC/HRS guideline for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Circulation.* 2018;138(13):e272–e391. doi:10.1161/CIR.0000000000000549.
7. Andrade JG, Verma A, Macle L, Nair GM, Deyell MW, Champagne J, et al. 2020 CCS/CHRS guideline for the management of atrial fibrillation: focused update for preexcitation and accessory pathways. *Can J Cardiol.* 2020;36(12):1847–1928. doi: 10.1016/j.cjca.2020.09.001.
8. Boriani G, Proietti M, Diemberger I, Martignani C, Biffi M. Diagnostic value of symptoms and ECG in identifying arrhythmias misdiagnosed as anxiety disorders. *J Clin Med.* 2021;10(3):547. doi:10.3390/jcm10030547.
9. Chen T, Zhang Z, Li X, et al. Misdiagnosis rate and determinants in supraventricular tachycardia: a multicenter study. *Clin Cardiol.* 2020;43(7):812–818. doi:10.1002/clc.23370.
10. Al-Zaiti SS, Najjar S, Ramaraju S, et al. Clinical features that distinguish cardiac arrhythmias from panic attacks in the emergency department. *Heart Lung.* 2022;56:23–29. doi:10.1016/j.hrtlng.2022.01.002.
11. Farooq S, Ahmed S, Khan H, et al. Cardiac disorders misdiagnosed as anxiety: prevalence, causes and consequences. *Gen Hosp Psychiatry.* 2023; 81:52–58. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2023.01.006.
12. Kesler K, Lahham S. Tachyarrhythmia in Wolff-Parkinson-White syndrome. *West J Emerg Med.* 2016;17(4):469–470. doi:10.5811/westjem.2016.4.30323.
13. Sharma V, Singh S, Mehta M, Yadav D. Wolff-Parkinson-White syndrome presenting as panic disorder: a case report and literature review. *J Family Med Prim Care.* 2022;11(2):957–960. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1032_21.
14. Montoya CE, Salazar C, Correa AM. Palpitaciones y su abordaje en medicina general: revisión narrativa. *Rev Colomb Cardiol.* 2021;28(5):438–444. doi:10.1016/j.rccar.2020.06.004.
15. Steiner T, Stegemann E, Williams M, et al. Palpitations in primary care: diagnostic yield and management strategies. *Br J Gen Pract.* 2020;70(695):e466–e473. doi:10.3399/bjgp20X710957.
16. Ter Avest E, de Vries J, Stassen PM. Use of the electrocardiogram in primary care triage: a systematic assessment. *Fam Pract.* 2022;39(2):234–240. doi:10.1093/fampra/cmab105.
17. Hwang JK, O'Neill J, Bunch TJ, et al. Intermittent preexcitation: clinical characteristics and implications for risk stratification. *Heart Rhythm.* 2021;18(12):2009–2017. doi:10.1016/j.hrthm.2021.08.014.
18. Muser D, Kosiuk J, Sommer P, et al. Risk stratification in asymptomatic Wolff-Parkinson-White pattern: insights from a contemporary cohort. *Europace.* 2019;21(1):104–112. doi:10.1093/europace/euy231.
19. Sherdia A, Abdelaal SA, Hasan MT, et al. Success rate of radiofrequency catheter ablation in Wolff-Parkinson-White syndrome patients: a

systematic review and meta-analysis. *Indian Heart*

J. 2023;75(1):1–9. doi: 10.1016/j.ihj.2023.05.010.

20. Raviele A, Padeletti L, Gaita F. Long-term outcomes after catheter ablation of accessory pathways: a contemporary review. *Arrhythm Electrophysiol Rev.* 2020;9(3):88–94. doi:10.15420/aer.2020.8.

21. Skov MW, Thøgersen AM, Hansen J, et al. Electrocardiographic preexcitation and risk of sudden cardiac death: systematic review and meta-analysis. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2017;10(3):e004778. doi:10.1161/CIRCEP.116.004778.

22. Laaouaj J, Jacques F, O'Hara G, et al. Wolff-Parkinson-White as a bystander in a patient with aborted sudden cardiac death. *HeartRhythm Case Rep.* 2016;2(5):399–403. doi:10.1016/j.hrcr.2016.05.004.