

Examen rutinario en joven de 16 años – 2008

Dr. Álvaro Cormenzana

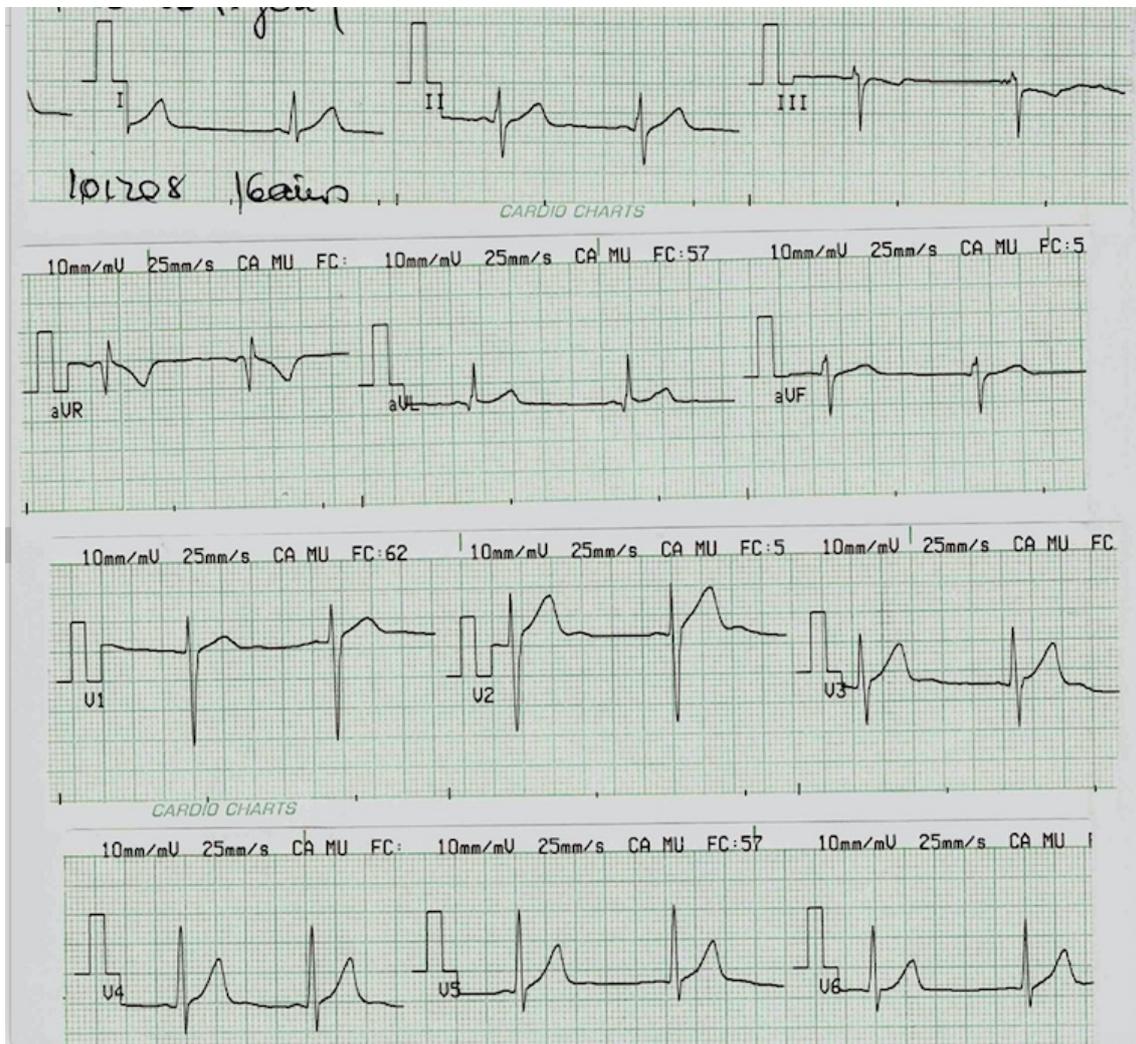
Estimado Edgardo

Tengo dudas del trazado que adjunto de un chico de 16 años que concurrió para un psicofísico

Tiene PR de 0.12 y me impresiona ¿onda delta inferior y ántero lateral?

Gracias

Álvaro Cormenzana



Para mi es un Wolf.

Y aprovecho para preguntarle a los arritmólogos.

Soy médico de policía y evaluamos los exámenes preocupacionales de aspirantes a agentes de policía en Santiago del Estero.

Lógicamente cualquier cosa que parezca anormal en el ECG me lo mandan.

Soy el único cardiólogo en el staff.

Yo habitualmente les pido a los chicos con Wolf en el ECG (asintomático) y sin antecedentes de arritmias, una ergometría y un ECO2D.

Si son normales les doy el apto, que creo todos entran en este pool.

Luego viene el jefe de sanidad (jefe por jerarquía no por pericia como médico) y los cataloga no aptos.

La pregunta es:

1- ¿Hay realmente mayor riesgo de arritmias o muerte súbita o cardíaca en un joven con Wolf asintomático y sin taquiarritmias previas?

2- ¿Está bien catalogado como apto para esa profesión u otras similares?

2- ¿Se puede extender la evaluación de apto o no apto al deporte competitivo y/o profesional?

Gracias.

Ricardo Omar Paz Martín

Querido Ricardo

Lo hemos visto varios por aquí, en forma ciega, y ninguno considera que este paciente tenga Wolff.

La amplificación del ECG permite ver un PR normal, descartando la presencia de conexiones AV.

Respecto a tus preguntas (que no tienen porqué necesariamente estar asociadas con este caso en particular donde **NO** creo que haya Wolff), pienso lo siguiente:

1- *¿Hay realmente mayor riesgo de arritmias o muerte súbita o cardíaca en un joven con Wolf asintomático y sin taquiarritmias previas?*

Rta: SI. El riesgo obviamente es menor, que si el paciente presenta síncope o MS resucitada. Existen marcadores eléctricos de alto riesgo en pacientes asintomáticos: La ergometría ayuda a determinar en forma NO invasiva el período refractario anterógrado del Haz. Si el intervalo R-R preexcitado es menor de 270 msec, se considera de alto riesgo y el paciente debiera ser ablacionado

2- *¿Está bien catalogado como apto para esa profesión u otras similares?*

Rta: No existe completo acuerdo en manejo del paciente asintomático de BAJO riesgo. En el de ALTO riesgo (asintomático) se recomienda la ablación. Nuestra postura es: si el WPW es asintomático, y hay profesión de alto riesgo, entonces ablación. Si el paciente está asintomático, y la vía se localiza en cualquier área menos la ANTERO-SEPTAL derecha, entonces ablación. Por último dejamos tranquilos a las personas mayores de 20 años con WPW asintomático y haz ANTEROSEPTAL derecho o cercano al His.

3. *¿Se puede extender la evaluación de apto o no apto al deporte competitivo y/o profesional?*

Rta: Creo que respondí eso en el punto 2.

Por último hay que tener en cuenta la experiencia del grupo ablacionador.. El riesgo de complicaciones serias en un grupo entrenado es menor al 1%.

Le mando un fuerte abrazo y espero que estas líneas sean de su interés.

Dr. Adrian Baranchuk, MD FACC

Gracias Dr. Baranchuk.

Repasando de nuevo el ECG realmente me impresionaba onda delta en DII, aVF, V5 y V6 sobretodo.

De todas formas respeto mucho la visión del arritmólogo.

Y voy a abusar de su pericia y amabilidad.

1. el intervalo RR preexcitado menor de 0.27 seg. ¿Es en el estudio EEF o en la

ergometría?

2. ¿Solo con el ECG de superficie puedo determinar la localización exacta de la vía, o por EEF?

3. Entendí que si un joven quiere ser policía o militar y tiene un WPW le tengo que denegar la aptitud física. ¿Es así?

Gracias de nuevo.

Ricardo Omar Paz Martín

Hola Ricardo

Intentaré responder tus preguntas:

1. *¿el intervalo RR preexcitado menor de 0.27 seg. ¿Es en el estudio EEF o en la ergometría?*

En ambos. Simplemente medí el intervalo RR de dos latidos preexcitados consecutivos (si no tienen preexcitación, no vale porque la conducción anterógrada viaja por nodo AV-His). Intervalo <270 ms, ergo alto riesgo eléctrico, el cual es independiente del riesgo clínico (antec. de síncope y/o MS)

2. *¿Solo con el ECG de superficie puedo determinar la localización exacta de la vía, o por EEF?*

La sensibilidad de los algoritmos es del 70-75%. Tengo una presentación muy linda donde muestro los 4 algoritmos clásicos. Luego muestro casos y dejo que la audiencia determine donde está la vía. Luego le aplicamos los algoritmos y vemos si coinciden. Y luego te muestro dónde estaba la vía durante el EEF.

Es muy divertido.

EL EEF localiza con precisión y permite hacer la ablación. Pero el ECG ayuda a determinar la estrategia (por ej. IZQ vs DER, implicará abordaje transeptal o abordaje en aurícula derecha...y así).

3. *Entendí que si un joven quiere ser policía o militar y tiene un WPW ¿le tengo que denegar la aptitud física? ¿Es así?*

En esta NO estoy seguro y NO recuerdo exactamente la reglamentación Argentina. En Canada, WPW diagnosticado en persona de profesion de alto riesgo = ABLACION, o la persona pierde el trabajo.

Recibí un abrazo desde Canada

¿Lo conoces al Dr Ribas (hijo)?

Adrián Baranchuk

Gracias Adrián de nuevo.

- Ahora terminé de comprender el intervalo RR. Solo que no me cerraba porque en la ergometría es difícil alcanzar RR tan cortos. Es una frecuencia de más de 220. Más de la FC teórica máxima para los más jóvenes.

Digo esto porque hago muchas ergometrías, me gustan hacerlas, y me gusta que los pacientes pedaleen mucho. Y 220 nunca llegué. Me da un poquito de miedo. . . jejeje. Entiendo que a esa frecuencia la velocidad de conducción anterógrada de la vía anómala es muy alta y en caso de una FA, por ej, el paciente se puede fibrilar. Gracias por el aporte que fué muy rico.

- Con respecto a la localización de la vía por el ECG de superficie te preguntaba porque hoy por hoy estamos cada vez más "oblicados" a determinar exactitud en las mediciones y diagnósticos. Lo clásico de vía derecha o izquierda me acordaba bien; una con imagen de BRD y la otra con BRI. La verdad es que la falta de práctica no permite por ahí fijar los algoritmos que leemos. Pero te agradecería me des la página web de la presentación o me la mandas por mail, que ahora que estamos más informatizados la tendré a disposición más fácilmente.

- El tema de la aptitud física. Como te contaba anteriormente, me llegan los aspirantes a policías. Pero me llegan "el día antes" del examen de la parte física y les tengo que dar el

apto o no "in situ". ¿Se entiende? Lejos de tener tiempo de complejizar el estudio y eventual tto. Por lo cual ya se lo que debo hacer desde el punto de vista médico.

- Ahora: ¿Reglamentación en Argentina? No lo se.

Si se que en Santiago no la hay.

La policía se maneja con una ley y reglamento provincial que data del año 79 más o menos, gobierno de facto. ¿Me explico? Dista mucho de siquiera mencionar ni contemplar esas situaciones. Es "todo a pulmón". Te digo más. No disponemos de servicio de hemodinamia público. Hay que tramitar por subsidios a través del ministerio los estudios, que pueden llevar meses. Calculo que algo te habrá tocado vivir de eso en tu vida de médico en la Argentina.

- Por último: trabajo en la UTI del Hospital Regional de Santiago con Tato Ribas Meneclier padre. No lo conozco personalmente al Ribas hijo. Pero si conozco sobre su formación en Canada, lógicamente me imagino de excelencia. Así que mándenlo pronto para acá!!! El sí que debe estar acostumbrado al calorcito de Santiago.

De nuevo gracias Adrian. Aprendo mucho.

PD: CONAREC ¿de qué año vos? ¿Secretario o presidente? Yo protesorero de la comisión 1996; presidente: Felix Ayala Paredes, si mal no recuerdo (los años no vienen solos. jejeje)

Ricardo Omar Paz Martín

Querido Ricardo

La ergometría tiene 2 fines:

1. Determinar bajo riesgo: si la onda delta desaparece a frecuencias bajas (120-140-150 por minuto, te quedas tranquilo porque en caso de FA, el paciente no va a preexcitar y la conducción será preferencia por nodo AV. Es muy útil ver el salto de preexcitación a no preexcitación de un latido a otro. La desaparición paulatina es menos específica.
2. Determinar permanencia de onda delta hasta la máxima frecuencia alcanzada (no es necesario hacer que el paciente muera en el intento de incrementar más la FC). En ese caso, debes mandar el paciente a EEF para valoración invasiva. Vos podrias reportar: persistencia de onda delta a máxima FC alcanzada, por ejemplo 170 lpm). Eso será MUCHO MAS que suficiente para avivar el electrofisiólogo que tiene que hacer un estudio invasivo.
3. Me forme junto A Sebastian Ribas en McMaster University, él se quedo y yo me mude a Queen's. Es un tipo excelente, buenísimo con las manos (si yo tuviera que implantarme un dispositivo, seguro lo llamo a él) y por sobre todas las cosas, un excelente ser humano. Ojalá Santiago pudiera repatriarlo, sería asegurarse electrofisiología de primer nivel. No creo que esté pensando en volver, pero la tierra tira, así que con preguntarle no se pierde nada.
4. CONAREC del año previo al tuyo, secretario.

Recibe un abrazo desde la tierra gélida del Norte.

Dr. Adrian Baranchuk, MD FACC

Gracias Adrian por tus aportes de nuevo.

Espero les sirva a todos como a mi, en este campo de las arritmias que es "el cuco" para los clínicos. Al menos así los siento yo.

Pero hay que perderle el miedo y animarse a preguntar con lo mucho o poco que sepan.

Gracias de nuevo.

Ricardo Omar Paz Martín

Hace como diez años atrás, teniendo la reticencia para preguntar u opinar que hoy tienen muchos, le expresaba mi sentir a nuestro querido e impagable Edgardo, y él me dijo una

frase que guardo siempre: "No hay preguntas estúpidas. Sí pueden haber respuestas estúpidas". Esto lo rescato ahora por el comentario del Dr. Ricardo Paz Martín para enfatizar su exhortación.
Feliz Navidad para todos.

Luciano Pereira
