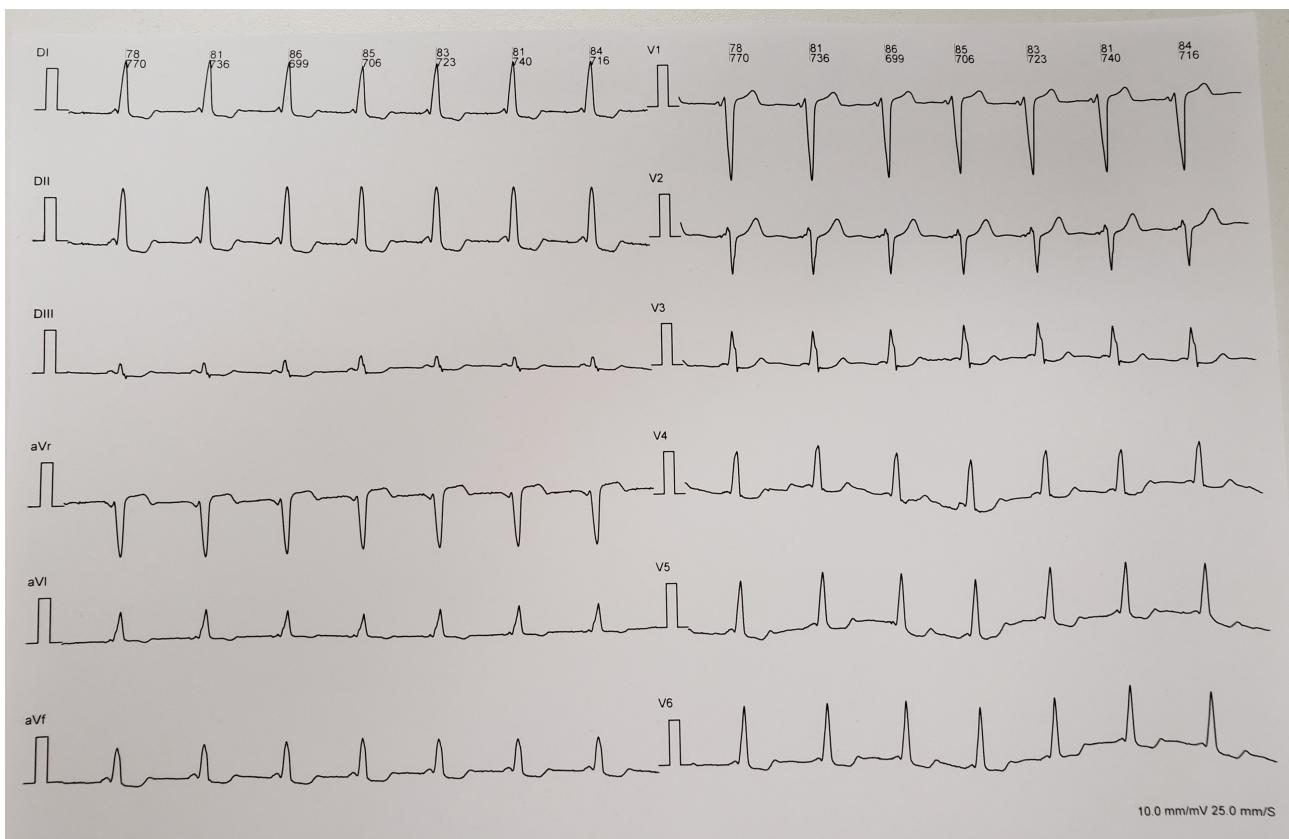


# Niña de 14 años asintomática que presenta preexcitación permanente

Dr. Alfredo del Río

Paciente mujer de 14 años que viene derivada para ablación. Eco cardio normal. Holter y ergometría con preexcitación permanente. Asintomática.



## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr. Del Rio: Un metaanálisis reciente sobre el riesgo de muerte cardiaca súbita (MCS) en la preexcitación asintomática evaluó la literatura disponible sobre este tema complejo (**Obeyesekere MN, Leong-Sit P, Massel D, Manlucu J, Modi S, Krahm AD, et al. Risk of arrhythmia and sudden death in patients with asymptomatic preexcitation: a meta-analysis. Circulation. 2012;125:2308-15**) . El análisis incluyó estudios retrospectivos y

prospectivos de pacientes asintomáticos con preexcitación ventricular. En el seguimiento los datos fueron variables y, aunque existen limitaciones inherentes a los metaanálisis se hicieron conclusiones que reforzaron la comprensión actual de los riesgos de MS con preexcitación ventricular.

Se incluyeron veinte estudios en el análisis final, de los cuales seis evaluaron pacientes pediátricos y los catorce restantes en adultos también asintomáticos y con preexcitación. El riesgo general de MSC se determinó en **0,85 eventos por 1000 personas-año**. En niños, el riesgo fue **1.93 (IC 95% 0,57-4,14)** eventos por 1000 años-persona y solo en adultos el riesgo fue de **0,86 (IC del 95%: 0,28 a 1,75)** durante 1000 años,  $P <0,07$ . En general, el riesgo de MCS se encontró bajo en todos los pacientes con preexcitación ventricular asintomática, pero también hizo hincapié en que **los niños tienen un mayor riesgo, (¿y en los adolescentes como tu caso?) como se señaló en estudios anteriores. La conclusión fue que los pacientes pediátricos con preexcitación ventricular deben tener un seguimiento cuidadoso y cercano.**

"No hacer daño" es particularmente difícil para un paciente con preexcitación ventricular asintomática ya que el riesgo de MCS es bajo. Los datos actuales sugieren que los pacientes pediátricos (¿y en adolescentes?) tienen un mayor riesgo de MSC en comparación con los pacientes adultos con preexcitación ventricular. Las ablaciones con catéter en la era actual son seguras y con un bajo riesgo de eventos adversos, por lo que es un desafío para los electrofisiólogos no ofrecer la opción a un paciente si el perfil de riesgo / beneficio es favorable. El riesgo / beneficio es **único para cada paciente**, ya que varios factores pueden influir en la decisión de someterse a un estudio electrofisiológico. En esta coyuntura, las directrices publicadas y la opinión de expertos abogan por una toma de decisiones compartida entre el paciente / familia y el electrofisiólogo. La tecnología evoluciona y los resultados de la ablación con catéter mejoran, lo que puede aumentar la tentación de la ablación. Sin embargo, los electrofisiólogos deberían recordar las palabras de Mark Twain: "Para el hombre con un martillo, todo parece un clavo".

Andrés R. Pérez Riera

---

Gracias por la información. El tema que está niña tiene además una vía cercana el His con lo cual tiene mayor riesgo de bloqueo AV. Por esto la derivan para crioablación.

Alfredo del Río

---

Estimado Alfredo y amigos del foro: Efectivamente las dificultades de la ablación septal son mayores en la población pediátrica y adolescentes. Esto es debido a varios factores como el corazón relativamente menor, conducción nodal rápida y la proximidad al sistema arterial los cuales son factores que complican específicamente la ablación septal en esta población. El electrofisiólogo debe utilizar todas las herramientas de su armamentarium, incluida la delimitación exacta de la localización de la vía, la identificación de los potenciales de la vía, la detección de la presencia de inclinación de la misma, etc.

Además, el conocimiento exacto de la anatomía compleja del septo interventricular, incluido el espacio posteroseptal, la región de la cúspide aórtica y la proximidad del sistema de conducción AV y los vasos coronarios, es obligatorio. Aunque el mapeo y la ablación de las vías de derivación accesorias en pacientes con taquicardias sintomáticas es un procedimiento altamente gratificante, exitoso y seguro, las vías septales continúan a ser más difíciles. Las vías septales posteriores, especialmente aquellas epicárdicas y las que afectan el miocardio del seno coronario o el miocardio venoso cardíaco medio, pueden ser muy difíciles de eliminar debido a la proximidad del sistema arterial. El conocimiento preciso de la anatomía involucrada, el uso de crioenergía, la angiografía coronaria complementaria, la ecografía intravenosa, y el mapeo cuidadoso dentro de las venas o los divertículos venosos pueden conducir al éxito.

Las vías del septum medio son particularmente propensas a complicarse con daños en el nodo AV compacto.

En pacientes con vías anteroseptales, se debe considerar la delineación cuidadosa de la vía potencial con suministro de energía que a veces involucra las cúspides aórticas. Lean este manuscrito escrito por Paula Macedo del Departamento de Medicina Interna de la Mayo Clinic Rochester Minnesota que no tiene desperdicio

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907089/>

Andrés R Pérez Riera

---

Esa vía es pared libre derecha en hora 10. En LAO.

No es parahisiana casi con total certeza.

Mirá como la lenta transición de R en precordiales. A esa edad sin WPW la R en V2 sería muy prominente.

Mirá como la onda delta se monta en la onda P.

Todo característico de pared libre derecha.

Más que cryo hay que usar una vaina agilis para estabilizar

PARED LIBRE DERECHA. MÁXIMO VECTOR EN AVR. ENTONCES HORA 10.

---

Alberto Alfie

Totalmente de acuerdo. No parece parahisiana. El uso de vainas para estabilizar el catéter cuando se trabaja en el anillo tricuspídeo es de gran utilidad.

Saludos y gracias por los enriquecedores comentarios.

---

Alfredo del Río

