

Joven de 25 años portador de WPW asintomático – 2012

Dra. Noemí Ledesma

Estimados integrantes del Foro

Comparto con uds. un paciente. Mi especialidad es medicina familiar.

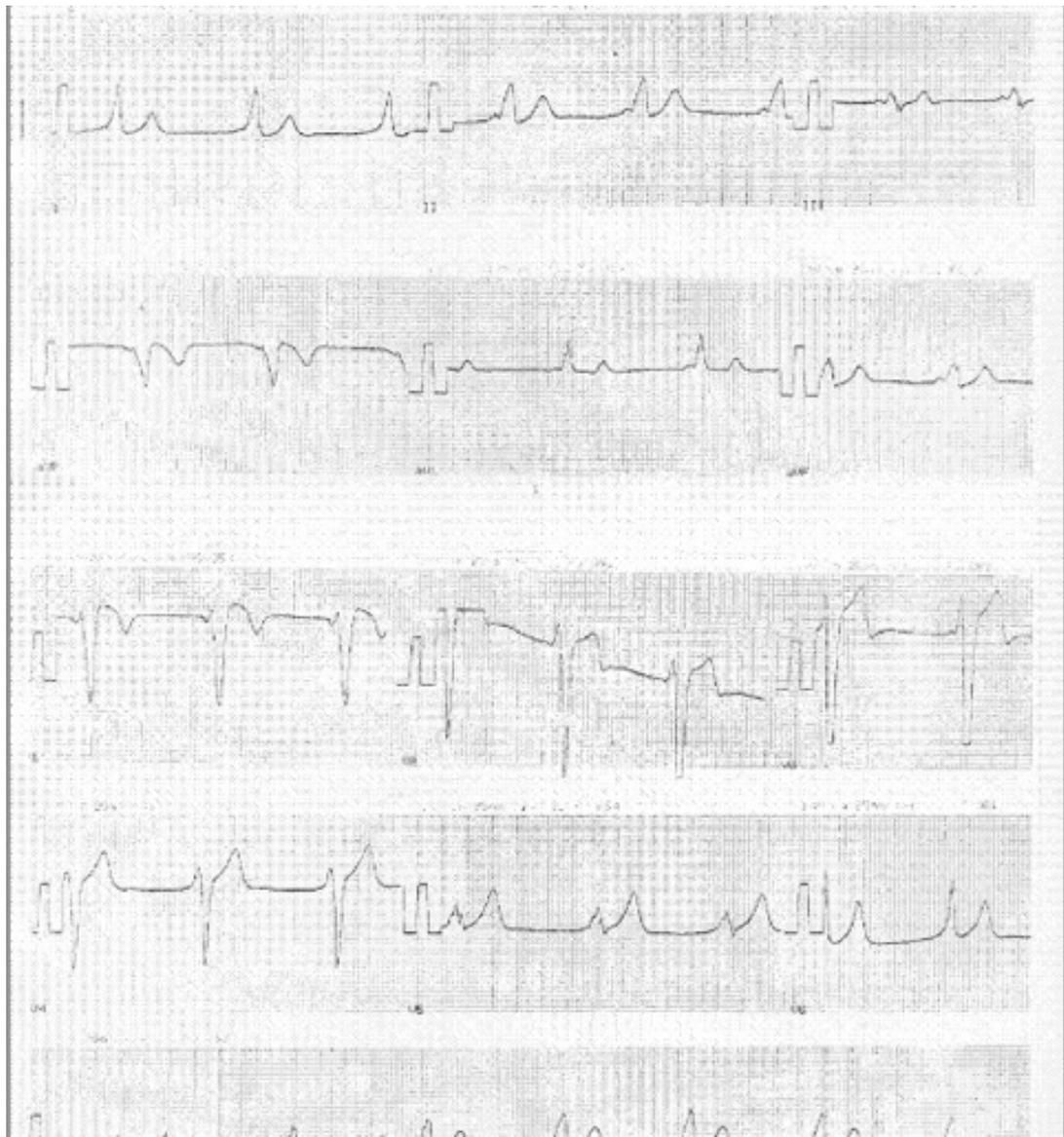
Varón, 25 años de edad, asintomático, el electrocardiograma que adjunto es el primero que le hacen en su vida. No tiene síntomas, y el contexto en que se decidió realizarlo es como parte de un examen preocupacional.

Fue derivado de inmediato a cardiología, le indicaron Holter de 24 horas, prueba ergométrica graduada y ecocardiograma bidimensional con Doppler.

Espero conocer la opinión de este foro, que es de excelencia!!!.

Un saludo

Noemi Ledesma





OPINIONES DE COLEGAS

Right free wall accessory pathway. Vía accesoria lateral derecha. No creo que sea ánteroseptal

EPS y ablación

ECHO siempre pido en las vías derechas para asegurarme que no tienen Ebstein's anomaly. Raro

La ablación es muchas veces dificultosa por falta de estabilidad y se necesita una vaina (usaría agilis).

Saludos

Dardo Ferrara

Prezada Noemi

Podemos dizer que é um ECG com padrão de Condução AV Acelerada por Feixe Anômalo - Padrão de Wolf Parkinson White (Não se ode dizer que tem a Síndrome por não haver clínica ou documentação de arritmias comuns a esta Síndrome). Feixe cuja localização pode ser lateral direita.

Adail Paixao Almeida - Bahia - Brasil

Traçado de WPW tipo direito. Onda T que não se opõe ao QRS, no WPW, sugere AUSÊNCIA de cardiopatia orgânica (segundo Tranchesi, grande e saudoso mestre brasileiro de ECG).

Paulo Toscano (Norte do Brasil)

Síndrome de WPW tipo A. Pq corto y onda delta .

Saludos

Eduardo Quiñones

¡Gracias por los comentarios!

Tengo algunas preguntas:

- 1) ¿Uds. hubieran solicitado estos estudios? (Holter, Prueba ergometria y ecografía) a partir de estos trazados sin clínica?
- 2) ¿requiere tratamiento, o puede tener una conducta espectante?;
- 3) si requiera tratamiento, ¿cuál, médico o quirúrgico?

Les ire contando los resultados de estos estudios.

Es muy importante para mí la opinión del foro porque esta es la especialidad de Uds y el nivel académico en mi opinión, es inigualable.

Un saludo

Noemi Ledesma

Sí, pienso que es un WPW, en persona joven y asintomático, con onda delta originada en la parte derecha del SIV. Si es asintomático, realizar estudios complementarios. como Rx de Tórax, Laboratorio completo y Holter. Eco para descartar otra patología me parece bien. Si en Holter no se observa arritmia, control anual.

Ahora bien, si va a desempeñar tareas u oficios de stres y mucho riesgo, cuales serían manejar máquinas viales grandes, trabajos en la cordillera, piloto de avión, etc no sé que opinan los que más conocen; ¿pero en esos hipotéticos casos que señalo, no habría que hacer un EEF e intentar ablacionar la vía anómala?

Saludos

Carlos A. Soria

Soy técnica en pediatría y les cuento que en el apto físico común que piden para hacer cualquier deporte en niños (de 5 a 21 años) asintomático encontramos preexcitación, se les realiza por rutina un Holter, ecocardiograma Doppler color y una ergometría, yo soy la encargada de realizar estos estudios. Les cuento que trabajo con la Doctora Ana de Dios . Es la 1º vez que participo en un foro, y mi humilde opinión se que al lado de ustedes no se nada pero me atrevo a opinar.

Besos.

Celia Guerra

Estimada Noemi se trata de un WPW tipo A como bien han referido.

Su paciente es asintomático, ¿qué comportamiento presentó el haz anómalo en la ergometría? si no es molestia ¿puede enviar el trazado si desaparece la conducción anómala o no?

El amigo Dardo debe ser de la escuela del querido Femenia, *vía hallada vía quemada*. Sepa Ud que el riesgo de MS en pacientes con vía accesoria es bajo, si no va a practicar deportes competitivos ni realiza profesión de riesgo, encontrándose asintomático la ergometría le indicará si la vía conduce a mayores frecuencias cardíacas, en este caso si está indicada la ablación dado que si presenta conducción anterógrada a altas frecuencias cardíacas tiene el riesgo de conducir en caso de FA a altas FC pudiendo degenerar en TV y MS. Esto es la refractariedad de la conducción anterógrada de la vía accesoria.

Si desaparece en la ergometría (tiene que ser en un latido y sería bueno lo registren) no presenta aumento del riesgo, y encontrándose asintomático, esto quiere decir la vía no está conduciendo en forma retrógrada y generando taquicardias por conducción retrógrada hasta el momento y si las presentara no aumentan el riesgo de MS. En este caso puede no ablacionarlo según los criterios actuales y no presenta riesgo de muerte súbita.

En lo personal frente al hallazgo de una vía accesoria luego de evaluar si tiene indicación precisa o no de ablación, lo que hago es informarle al paciente los pro y contras de ablacionar una vía accesoria y decidir si desea someterse al procedimiento.

Cuando tengas los resultados de la ergometría y Holter sería interesante conocer los resultados, el eco olvídense va a ser normal.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Hola Carlos

Permítame emitir una opinión. No pude ver el caso pero parece ser una vía derecha (NO ántero-septal) en paciente asintomático.

Su secuencia de estudios NO la comprendo (ni comparto):

1. Laboratorio: ¿qué espera encontrar? ¿para qué lo hace? ¿qué tiene que ver el hematocrito o la función renal en este caso?
2. Rx de tórax: ¿para qué la quiere, qué piensa encontrar aquí? La única enfermedad como dijo Dardo que se asocia con WPW derecho asintomático es un Ebstein, y el Eco es superior para ver deformidad cardíaca.
3. Holter: aquí se le perdió la pelota. si Ud tiene un WPW asintomático, ¿en qué va a ayudarlo un Holter de 24 horas? ¿Cuál es el rédito diagnóstico? Si Ud quiere valorar de forma NO invasiva el riesgo arrítmico, lo que tiene que hacer es una prueba de esfuerzo como ya sugirió Martin. Pero hay un error remarcable en su posición: si el Holter NO tiene arritmia, control anual. Carlos, le pido que antes de hacer eso con un paciente, mejor lo envíe a la consulta con el arritmólogo...ya que lo que Ud describe, lamentablemente NO está escrito en NINGUN libro o artículo y puede resultar en un error fatal para el paciente (o no) pero su postura NO está avalada por ningún estudio.
4. El tratamiento del WPW asintomático es un gran capítulo de la arritmología que fue recientemente revisado por la escuela de London Ontario (sugiero leer los papers de Gula y cia).

Mi postura es que si la vía NO está en posición Ant-septal o está en cualquier localización con joven < de 20 años y mayor de 40 Kg de peso, la vía se saca. Pero claro, hay quienes pueden opinar en contra de esto y sería entendible.

Adrian Baranchuk

Hola colegas del foro! y aprovechando este día de regocijo y reconocimiento profesional les exhorto a que **dejemos de ser héroes anónimos y salgamos a la gran escena ¡¡¡FELIZ DIA DE LA MEDICINA LATINOAMERICANA!!!**

A Ud Dra Noemí **¡Bienvenida!** en cuanto a su caso, pues coincido con las expertas opiniones ya emitidas, se trata de un patrón de WPW (conducción AV acelerada) con vía accesoria (onda delta) derecha, y en relación a la conducta pues a pesar de ser un diagnóstico por hallazgo y de estar asintomático el paciente, pues ante su joven edad, etapa en la cual estamos expuestos por lo general a actividad física intensa con relativa frecuencia, circunstancias en las que normalmente la FC aumenta, y situación en la que la vía podría convertirse en un peligro potencial por el riesgo de desarrollarse taquiarritmias malignas (Tv y FV) si condujera anterógradamente, pues en mi modesta opinión le completaría el estudio incluyendo EEF intentando producir taquicardia para confirmar nuestra hipótesis y si resultara positivo pues lo trataría con ablación de la misma, por supuesto como ilustremente alguien no dejó de mencionar, previa información al paciente.

Saludos

Dra Ilíada de Cuba

Queridos amigos:

Después de enviarle un abrazo especial a Adrian me permito discrepar con él.

El carácter especial del abrazo lo es porque hoy celebramos el **Día del Médico**, por lo menos en muchos países latinoamericanos y es bueno recordar que eso es lo que somos en primer lugar: **¡Médicos!**

Por lo tanto quisiera transmitirles cómo he entendido mi rol en 44 años de ejercer la profesión.

El paciente se presenta ante nosotros con un síntoma, una manifestación (en este caso el hallazgo de un síndrome de preexcitación en el ECG) que interpreto (o trato de hacerlo) como una mera tarjeta de presentación que nos da la posibilidad de vincularnos con una persona que porta aquella manifestación.

El paciente NO ES un WPW o un Ebstein o un Brugada. Es esa persona con nombre y apellido.

Y como sucede con las posibilidades, se toman o se tiran.

Si uno decide tomarlas, puede preguntarle a esa persona acerca de su vida, sus sentimientos y preocupaciones y proponerle usar la ocasión para chequear su estado de salud, más allá de que como técnicos sepamos de antemano que de acuerdo a "las evidencias" tal vez le indiquemos una ablación, porque en el ECG se detectó un síndrome de preexcitación.

Entonces, pedirle un hemograma, una urea, etc., adquiere otra dimensión.

No es lo mismo ablacionar a un paciente "normal" que a otro que por ejemplo tuviera un hematocrito de 20 o una plaquetopenia o 140.000 leucocitos. O que tuviera una urea elevada. O si hace tres días falleció su padre. O si le robaron la casa o lo despidieron de su trabajo.

Es así como en mi práctica de cardiólogo clínico, además de diagnosticar vías anómalas pude detectar parasitosis intestinales, leucemias, osteosarcomas, angustias o sinusitis.

Por lo tanto personalmente íle hubiera solicitado una "rutina" de laboratorio y una Rx de tórax, porque además de "Ebstein" existe la tuberculosis o las cifoescoliosis.

Es mi mera posición ante el paciente y no ante "su hallazgo".

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Hola Adrian y resto del foro. Antes que nada un muy Feliz Dia del Medico! a quienes han abrazado esta excepcional profesión, todos en su día es feriado, nosotros los médicos honramos nuestro día dedicándonos a lo que hacemos, ese es nuestro reconocimiento.

En cuanto al caso del WPW sabes que comparto tu posición, pero hay algo al momento de la toma de decisiones, se encuentra asintomático y fue un hallazgo en un examen "Preocupacional", esto quiere decir que muy probablemente al no tener trabajo aún carezca de cobertura médica, si planteo la ablación como requisito para su ingreso laboral probablemente demore largo tiempo y pierda su oportunidad de trabajo y cobertura médica. Luego se podrá ablacionar, es evaluar el contexto y el momento en el cual voy a indicarle el procedimiento, teniendo en cuenta que se encuentra asintomático.

Bien lo dijiste vos con el laboratorio, lo comparta o no hay que evaluar todo el contexto al momento de la toma de las decisiones. Igual se lo deben haber realizado para el preocupacional así que no encuentro motivos para decir si creo conveniente se realice o no, así que Edgard tranquilo que la análisis sanguínea se la han realizado de hecho.

Les mando un abrazo grande y nuevamente feliz día!

Martin Ibarrola

Felicidades a todos los Foristas en el Día de la Medicina LATINOAMERICANA, lo cual es un orgullo, pues aunque tenemos algunos de raíz sajona tienen tango, candomblé y rumba en el espíritu. Este día recordamos a Carlos J Finlay cuyos trabajos sirvieron de base a uno de los primeros y el más serios en su época, estudios de Campo en Epidemiología. Su gloria fue reconocida por el XXIV Congreso de Historia de la Medicina antes del nacimiento de casi todos nosotros, venciendo la opinión que los norteamericanos querían imponer sobre el papel de Walter Reed que si bien no fue pequeño y diríamos capital, no era para opacar a nuestro sabio latinoamericano. Hoy gracias al foro tenemos una sólida esfera de opinión que resurge al ECG en medio de tanto estudio invasivo y los criterios aportados están a la par de lo mejor que suena por el mundo, el foro y todos ustedes deben estar muy contentos de lo logrado Felicidades a todos nosotros y gracias a ustedes por la gauchada.

En cuanto al joven con la preexcitación, la decisión no es simple, de complementarios la Ergometría para estratificar riesgo y el Eco para descartar una forma fruste de Epstein que debería dar clínica lo cual sería en extremo infrecuente no creo haga falta otro estudio. El paciente no tiene síntomas pero no es menos cierto que la mayoría de los pacientes con Pre excitación jóvenes eran deportistas justo antes de descubrir la entidad, he conocido nadadores, karatecas, tennistas y deportistas de alto impacto entre ellos, creo vigilar,

alertar y controlar y al menos guiño ablación que es curativo pero la conducta de entrada hace pensar y repensar a más de un arritmólogo pues he interconsultado con frecuencia casos de este tipo, eso sí consultar y dejar enlazado con aquel compañero que se dedica habitualmente a este tipo de pacientes

ABRAZO

Dr. Rolando E. Rogés Machado

Estimados miembros del foro

Una vez más agradezco sus sugerencias. Coincido en que es una persona y aunque el camino a seguir lo marque el resultado de la ergometria, un laboratorio y examen físico completo aportará datos acerca del paciente que completarán la mirada clínica. Este joven tiene además problemas psicológicos que afectan a su vida diaria (fobias) y preocupan a su madre quien fue en busca de ayuda profesional. Su padre falleció siendo él un niño de 6 años. Creció con sus abuelos mientras su joven madre trabajaba todo el día.

Mañana miércoles le harán el Holter, que como varios de Uds señalaron no aportará demasiado. El jueves tendremos el resultado de la ergometría, y se los haré saber lo antes posible.

Un caluroso saludo !!

Noemi Ledesma

Cuéntenos también que dió la analítica, pero en detalle, si puede ser con números.

Y cómo la analítica ayudó a orientar este caso.

Quiero demostrar, al final del caso, cómo nosotros hubiéramos manejado el caso de manera semejante (y con similares resultados finales) sin tener la analítica ni el Holter.

Y los problemas psicológicos de este joven posiblemente sean el punto más importante del tratamiento, pero como electrofisiólogo, reconozco mis limitaciones y si identifico una patología psicológica, lo derivaría al especialista y focalizaría mi atención en el manejo de la vía accesoria.

Gracias Noemi por presentar este caso que despertó encendidas y respetuosas polémicas.

Adrián Baranchuk

Hola Adrian la analítica sanguínea se la han realizado como parte del "examen preocupacional" será normal lo que contribuirá a su ingreso laboral.

No va a ser piloto no desarrollará tareas de riesgo, no lo han referido, no es deportista perfectamente independientemente de los resultados de la ergometría se encuentra apto para ingresar su primer trabajo, conduzca o no la via durante todo la ergo.

Sin trabajo no contará probablemente con una cobertura médica a través de la cual pueda realizarse la ablación de la vía accesoria y más teniendo problemas psicológicos le será dificultoso conseguir otro hasta ablacionar la misma.

Vos bien siempre citas con adecuada razón y raciocinio las conductas a seguir. ¿Te parece que es un requisito para el ingresar a tareas laborales la ablación de la via, independiente del los resultados de la ergo?

Hay que valorar como bien sabes las cosas en su contexto, lo primordial es su ingreso laboral, no debarían haberlo rechazado ni mandado a realizar estudios complementarios por su WPW para el ingreso laboral (a no ser profesiones de riesgo), lo que es totalmente diferente de que conductas decidís frente al hallazgo de la vía en un paciente asintomático.

Una pregunta Noemi, ¿el resultado de su admisión laboral depende del resultado de los estudios o ya se encuentra trabajando, porque por lo referido no encuentro motivos para no sea admitido para la actividad laboral.

Un abrazo

Martin Ibarrola

Gracias a Dios existen médicos como Martin y Noemi y Edgardo, que saben evaluar las cosas en todo el contexto socio-económico-sicológico de los pacientes.
Eso hace grande a la Medicina.

Yo me limito a aportar mi granito de arena: desde el punto de vista holístico (macro perspectiva de Salud), un solo examen que no aporte al manejo médico, debe ser eliminado de la lista, pero claro; si existen motivos de índole "laboral-social" para pedirlos, no solo no me opongo sino que los avalo. Edgardo sabe un montón de leyes respecto al Chagas por ejemplo, donde algunos estudios NO guiarán la conducta médica pero pueden tener implicancias laborales PARA un sujeto asintomático.

En ese terreno no me meto porque reconozco ser un neofito.

Y es una lástima gasta un hepatograma que nada aportará al manejo de la salud del paciente, solo por motivos de la índole descrita más arriba

Adrián Baranchuk

Mmmm

No me convence el desafío que propone Adrián.

Yo canto: ¡"quiero retruco"!

Noemí: no envíes aún al Foro los resultados de los análisis de laboratorio

Si el manejo del caso hubiese sido en Kingston semejante sin tener la analítica ni el Holter, prescindamos de ellos y decinos Adrian como hubieses procedido con los datos que tenemos y los ECGs que fuerom ampliamente comentados.

Luego yo comentaré la analítica del paciente Hermenegildo Sudaca de la Villa cercana a mi Hospital, con idéntica edad y ECG que el paciente de Noemí y haré referencias también a un estudio mexicano de costo beneficio, su relación con el paciente de Noemí y el mío y cómo personalmente leo estos estudios de costoefectividad.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

No entiendo.

Acá no hay ningún desafío.

Si un paciente viene a mi centro con WPW asintomático (remové todo lo social-económico-laboral); se le realiza una prueba de esfuerzo y si la vía conduce de manera anterógrada con un PR < 270 ms, y si la via NO está en posición ántero-septal, se le recomienda la ablación.

No se le pide Holter ni analítica.

El Holter NO tiene indicación, punto, no se qué querés discutir al respecto. La RX no tiene indicación, punto. Ni el eco si el paciente tiene un examen fisico normal, pero como hay algunos casos de Ebstein asintomáticos con vias mas difíciles, podria hacerse. Nosotros lo hacemos si lo sospechamos, sino, no.

Y analítica NO se la hacemos. Ni para ablación de vías ni para ablación de ninguna SVT, salvo que el paciente esté anticoagulado, que chequeamos el INR en las 4 semanas previas.

Por lo tanto, el paciente si tiene un PEG de riesgo va a ablación...

Lo del paciente Hermenegildo Sudaca no lo entiendo.

Antes que nos cuentes el estudio de costo – beneficio, OJO, el paciente vino a un arritmólogo (yo, por ejemplo) referido por otro médico, para evaluación de WPW asintomático. Digo OJO, porque quiero estar seguro que antes de escuchar tus comentarios, cuando decis “en relación con el paciente de Noemi”, yo a este caso lo analizo desde la perspectiva de un electrofisiólogo y NO desde la perspectiva de un médico de cabecera que tiene que saber cosas que yo no necesito investigar. ¿Está claro, Edgardo?

Porque si no vamos a entrar en el terreno de **especialista vs no especialista**, que a mi en lo personal, poco me interesa.

Un abrazo

Adrián Baranchuk

PS: quiero vale cuatro. Nosotros hacemos 350 ablaciones por año, y la analítica NO la pedimos. Aquí no se trata de un desafío, solo de contarte como funciona un centro de alto volumen, eso es todo.

Que belo diálogo, esse! Ciência e humanismo de mãos dadas, como deveria ser sempre, em busca do melhor para o jovem. A preocupação de não "condená-lo" *a priori*, fazê-lo perder seu primeiro emprego (tão necessário para ele) por causa do achado casual de WPW (em um jovem assintomático, com mínima chance de cardiopatia estrutural presente). A visão holística na mente de todos, ainda que envolvidos em áreas tão especializadas e sofisticadas da Cardiologia. Todos estamos aprendendo.

Gracias!

Paulo Toscano (norte do Brasil))

A la Flauta!!!!!! ¿la siguen? esto se está poniendo cada vez más interesante!!!! Creo que Baranchuk está orejeando las cartas para el vale cuatro.....

¡Qué raro.!...Yo he atendido miles de pacientes de Villas y nunca tuve uno de apellido Sudaca?? Edgard: ¿podrías decirme cual es el origen de ese apellido? JAJAJAJA

Un abrazo para ambos contendientes. Espero con ansiedad indisimulable el próximo capítulo....

Pablo A Chiale (QEPD)

Queridos amigos:

El debate que se está realizando en el Foro es por lo menos para mí, enriquecedor.

Si logramos dejar de lado la inconsciente intención de **ganar la discusión** y aferrarnos a la verdad todos habremos crecido intelectualmente.

Les aseguro que el intercambio picante de puntos de vista con Adrian, así como todos los aportes que se recibieron, me hicieron reflexionar en las **sabias enseñanzas de la fábula de los Seis ciegos y el elefante**.

Como quiero compartir con Ustedes esta reflexiones, voy a hacer *locortando el salame en fetas*, esto es en sucesivos mensajes. En este voy a invitarlos a leer la fábula y adelantándome, voy a aplicarla a los **distintos puntos de vista** que se han puesto de manifiesto y a preguntarme y preguntarles si cada uno de los opinantes no aportó una parte de la verdad:

Noemí, médica de familia

Carlos Soria, cardiólogo rural

Dardo Ferrara. brillante joven electrofisiólogo de un centro de alta complejidad de los EEUU

Adail, brillante cardiólogo clínico de Bahía, Brasil

Prof. Paulo Toscano otro brillante cardiólogo del Norte de Brasil, como él mismo firma sus mensajes

Eduardo, cardiologo cordobés

Celia, técnica en pediatría

Adrian, brillante electrofisiólogo de Kingston, Canadá

Martín, brillante clínico y clínico cardiólogo

Ilíada, residente de cardiología de Cuba

Rolando, cardiólogo cubano

Pablo, brillante Maestro representante de la Escuela Mauricio Rosenbaum y Eximio violinista

Edgardo, cardiólogo clínico y especialista en Enfermedad de Chagas

Es decir, sintetizaría, no hay una verdad única y absoluta y en cambio, hay tantas como puntos de vista distintos.

Y ahora los invito fervientemente a que releen la Fábula; los que tengan niños pequeños podrán compartirla con ellos y nosotros podremos reflexionar sobre sus enseñanzas.

En el próximo mensaje me voy a referir a un estudio de costo beneficio que no me deja bien parado en el debate con Adrián.

Estimado Dr Martin ¡qué importante es su pregunta, respecto de si el paciente esta trabajando o no!; la realidad es que suspendieron el ingreso y lo refirieron a cardiología de urgencia. Esto sumado a los detalles psicológicos el paciente llama a su madre y le dijo literalmente; "mamá tengo miedo el ECG salió mal me mandaron a cardiología de urgencia"

El analítico aún no lo tengo y solicito el Dr Edgardo que espere por esto. El jueves ya tendré más datos aunque sea a última hora.

La verdad es que me siento feliz de pertenecer a este foro sin ser cardióloga, y agradezco de corazón haber sido aceptada.

Algo que no quiero dejar de mencionar es lo notable de la pasión que cada uno de Uds pone en su ciencia y en el ejercicio de la misma; pasión que desde otra especialidad comparto con la misma intensidad!

Un saludo!!!

Noemi Ledesma

¡Qué hermoso el cuento del elefante y los ciegos!

Y me pregunto, ¿quién lo cuenta? ¿Dios?

El “yo” escritor se pone por arriba de la sapiencia limitada de los ciegos. Eso también me permito cuestionarlo. Porque el “yo” escritor presupone que las “realidades” parciales de los ciegos, son solo eso, y que existe una “realidad real” que el “yo” escritor percibe y conoce, pero que los ciegos no.

Y la omnipotencia es justamente eso: “yo” te digo como son las cosas.

Por eso, lo que diferencia al cuento de nuestro debate (y a tu postura de la mía) es que yo no siento la necesidad de que vos te rindas a mis pies (mi verdad) ni a que comulgues con ella.

Para usar tus palabras: para mí esto NO es un desafío ni un “Challenge” ni una provocación. Es ni más ni menos que la descripción de mi práctica profesional: al que le parezca bien y acertada, que se sume, al que no, que continúe con la suya. Me pareció divertida la imagen del juego de cartas (truco y quiero retruco) pero desde la visión de leer realidades diferentes (Ud tiene el as de espada, yo el de bastos; pero los dos creemos tener cartas ganadoras....¿ganadoras de qué?)

Para mí la duda sigue siendo superior a la certeza, lo digo como instancia de vida.

Adrián Baranchuk

Estimados amigos:

Seguí con interés el caso del joven de 25 años con un ECG con patrón W P W ASINTOMATICO, es decir no tiene un síndrome de WPW, que sería palpitaciones, síncope, episodios de TPSV, FA en contexto de un ECG con WPW .

Mi opinión:

1- creo que un caso así debe ser interconsultado siempre con arritmólogo -electrofisiólogo

2- en relación a este caso especial, joven de 25 años, asintomático tiene un riesgo bajísimo de muerte súbita (0,2 - 0,4 %)

3- es claro que la implicancia socio laboral para él es dura, ya que en ningún trabajo un médico laboral no tiene la suficiente humanidad, sensibilidad y sustento científico para permitirle el ingreso (por lo menos en Argentina) de un joven con ECG de WPW.

4- es también cierto que no todos comparten "que vía hallada via quemada", porque también esto conlleva riesgos y complicaciones y porque no, recurrencias. De todos modos si el joven es deportista o tiene un trabajo de alto riesgo, comparto con ese lema de Adrian, salvo en vías para hisianas por el riesgo de BAVC

5- entonces, creo que en este caso especial, "no navegaría "pidiendo análisis, Rx, eco etc, pues no me conduce a ningún puerto, "iria al grano" siguiendo este algoritmo, como para estratificar riesgo

a- via intermitente >>>>> seguimiento clínico y con vigilancia de síntomas

b- via persistente >>>>> test de esfuerzo y evaluar :

desaparición de via >>>>> seguimiento (idem a)

no desaparición de via >>>> EEFisiológico invasivo o CETE (cardioestimulación transesofágica) en búsqueda de inducir TSV o FA y medir en esta última el intervalo mínimo no preexitado (SPERRI). Si no se induce FA , puede ser útil la sobrestimulación auricular con EEF o CETE (esto último ¿qué opina Carlos?)

c- si ESPERRI es :

> 250ms >>>>>>Seguimiento (idem a)-IIA , o puede considerarse ARF IIB dependiendo de la localización (IIB)

< 250 ms >>>>>> ARF de la vía, evaluando riesgo - beneficio

Personalmente, creo que la CETE es útil en estos casos para no ser catalogados como "invasivos" ni tampoco "conservadores";; por lo menos aquí en mi lugar, donde los recursos y los medios y las obras sociales -Mutuales (?)son "hostiles " con todo. Me gustaria la opinión de Carlos al respecto

Un abrazo

Juan José Sirena

Según entiendo la presencia de una o mas vías accesorias predispone la aparición futura de FA, lo que es lo mismo decir que la incidencia de FA en pacientes con vías accesorias es mayor que en sujetos "normales".

Además las propiedades electrofisiológicas del haz anómalo pueden variar con los años y quizás no ser arritmogénica ahora y sí serlo en un futuro... Por esto es que comparto la idea de ablacionar todo haz anómalo por mas benigno que parezca.

Fenomenal debate

Saludos!

TPC. Damián Longo

Hola Dra Noemí, tenga mis respetuosos y afectuosos saludos y al resto de los colegas del foro y profesores.

Dra, aportó Ud un dato nuevo que sí realmente me llama la atención, refiriéndose a una muerte en familiar de primera línea (padre), que por la edad que tenía nuestro paciente en cuestión inferimos que el padre falleció aún joven. ¿Tiene Ud el dato de la causa de muerte del mismo y de la edad?

Gracias

Dra Ilíada Deschappelles

Agree!. El Dr Sirena se revisó las guidelines recientes de los pacientes asintomáticos. Muy buen resumen. Muchas veces terminamos en el estudio electrofisiológico porque a veces es muy difícil determinar si la vía desaparece en forma brusca con el ejercicio. La reacción adrenérgica del ejercicio mejora mucho la conduction del nódulo AV y eso confunde muchas veces. Por eso, mi resumen fue "EPS y ablation". Muchas veces terminamos en EPS y una vez ahí, se ablacionan las vías de fácil acceso.

Saludos

Dardo Ferrara

Buenos días. está bueno todo esto de costo beneficio, yo a los WPW asintomáticos no les hago prueba de esfuerzo porque prefiero realizar CETE como dice Sirena, es decir estimulación esofágica, ya que es NO invasivo, de bajo costo y mejor para medir el período refractario de la vía que el test de esfuerzo, si la vía tiene un refractario menor de 250ms y es una localización lejos del nodo AV planteamos ablación hablando con el paciente y sus familiares, en este paciente específicamente que no consigue trabajo hay que ablacionarlo, pero también hay que ser conciente que las vías derechas tienen menos éxito de ablación que las izquierdas y recidivan más, por tanto en este tipo de vía en nuestro laboratorio a este paciente lo llevaríamos con introductores largos puede ser agilis como dice Dardo y catéter irrigado, no llevamos navegador porque para nosotros es difícil desde el punto de vista económico trabajar con navegador. En cuanto a los estudios de laboratorio pre operatorio no he leído el papers de Edgardo pero de rutina solicitamos Rx de tórax y química sanguínea, en escasos casos hemos tenido que suspender cirugías, pero recuerdo a uno entre muchos que no lo ablacionamos porque tenía un problema hematológico severo degenerativo, una pancitopenia y supe que fue transplantado de médula ósea, es claro que ese paciente no es la rutina, sin embargo solicitamos de rutina estudios pre operatorios.

Hablar de costo beneficio algunas veces es difícil porque para un país el costo beneficio es diferente, lo que beneficia a USA no es igual a lo que beneficia a Venezuela por ejemplo.,

Carlos Rodríguez

Todos los aportes son enriquecedores, tengo más datos que la Dra me pregunta . El padre del paciente falleció con 40 años, tabaquista severo de 3 paquetes diarios de cigarrillos, le realizaron 4 by pass y en esa cirugía (creen) en alguna transfusión tuvo contacto con virus hepatitis no A noB falleció al año de la operación. Hace 21 años, rectifico el paciente tenía 4 años.

Un abrazo

Noemi Ledesma

Me permito copiar un segmento de este interesante paper:

For this document, EP testing will be defined as **“invasive”** when it is **performed using either intracardiac or esophageal** catheters. Protocols for both esophageal and intracardiac studies are well described, and anterograde characteristics of the accessory pathway are well correlated between the two approaches.^{65,66} **However, transesophageal pacing is less effective** in its ability to discern multiple accessory pathways, the evaluation of retrograde conduction, and the precise location of the accessory pathway, and would require intracardiac catheter placement if ablation was to be performed during the same procedure. Nonetheless, these two techniques utilize a similar approach to determine the inducibility of AV reciprocating tachycardia, AF, determination of APERP, 1:1 preexcited conduction of atrially paced rhythm, SPERRI in induced AF, and use of isoproterenol.

Bueno JJ y Carlos, parece que hay acuerdo en que el intraesofágico es considerado INVASIVO y además ofrece menos información que el EPS. No dicen que NO hay que hacerlo, todo lo contrario, pero SI DICEN que es considerado INVASIVO.

La única manera de defenderlo es por el tema económico, y ahí no me meto.

Abrazo

Adrián Baranchuk

Como bien y sabiamente muchos han dicho y de lo que me hago eco, escuchando todos y cada uno de los comentarios, vemos que este foro no se trata de defender la verdad, ¿qué verdad? Todo o casi todo lo planteado es cierto, no salió de la nada, casi todo tiene un argumento puramente basado en la ciencia y en la práctica médica experta, ahora, ¿qué sí trataremos de defender? Pues nuestro criterio que claro está, que varía dependiendo de las condiciones de cada quien en el lugar donde ejerce su profesión, porque hasta las guías prácticas tienen en cuenta este factor y por ello ¡gracias Dr Carlos! Ud ha tocado una verdad que pienso que a veces a algunos se les queda un poquito atrás, el costo-beneficio de EUA no es el de Venezuela ni tampoco el de mi país: Cuba, pero lo que si le podemos asegurar que no se si afortunadamente o desafortunadamente en el nuestro la balanza va casi siempre hacia el beneficio de nuestro objeto social y humano: el paciente

Nota: colegas, aunque de joven formación, ya soy cardiólogo dedicada a la ecocardiografía pero amante de la especialidad arritmia-electrofisiología con la que me mantengo permanentemente vinculada, así que gracias por esta oportunidad de aprender con Uds

Saludos

Dra Ilíada de Cuba

Estimado Dr Carlos.

Dr, disculpe, considero este proceder (el CETE) también invasivo, pudiera ser visto incluso por algunos pacientes comparativamente con el EEF hasta más invasivo, recuerde que la invasividad también depende de la tolerabilidad para el paciente, no sólo de los riesgos de complicaciones y... por otro lado, sé que hay artículos que habla de su menor efectividad para precisar la localización de la vía accesoria ... los buscaré y si lo desean se los envío

Saludos afectuosos

Ilíada de Cuba

Apreciada amiga Iliada si encuentra un articulo donde el CETE identifica la via me lo envia por favor, nosotros NO lo hacemos para eso....., nosotros lo hacemos para identificar el periodo refractario anterógrado del haz anómalo, más nada, se tolera bien y en menos de 5 minutos Ud mide el período refractario anterógrado de la vía, en Brasil, Francia (Dra Brembillia Perrot), y otros lugares se hace sin ningún problema, un ECO TRANS ESOFAGICO tarda más y es menos tolerable que un CETE para medir un período refractario de vía a mi modo de ver, la tolerabilidad es difícil de medir, ahora si yo le digo al paciente que eso será insoportable claro que es intolerable porque el hablar con el paciente es un arte y puede cambiar la tolerancia, se le explica bien al paciente para que se va a realizar el estudio y lo aceptan, finalmente amiga Iliada respeto su criterio, pero el CETE en estos tiempos de CRISIS tiene su utilidad en nuestros paises

Carlos Rodríguez

Con respecto al caso en cuestión solo voy a contar lo que yo hago y cómo lo pienso: Cuando a un paciente de 25 años le encuentran preexcitación ventricular y se lo comunican, el paciente ya tiene un problema porque se sabe portador de alguna anomalía, con lo cuál las implicancias psicológicas ya están presentes y por ello a veces el mismo paciente le puede atribuir síntomas como palpitaciones u otros que a veces no tienen relación. Ello independientemente de los problemas para hacer deportes, conseguir un empleo, etc. También le explico de la escasa posibilidad de tener una arritmia grave y que de tener síntomas probablemente sean de una TPSV y sin graves problemas. También le pregunto que tan problemático es para él el diagnóstico que le dieron. Tuve un caso de un deportista profesional muy conocido que aún habiéndole realizado un EEF con un haz de bajo riesgo, tuvo que realizar la ablación por que ni con un certificado médico podía lograr una buena posición en su actividad profesional. Por otro lado, según mi criterio, no puedo asegurarle al paciente que esa vía que veo en el ECG sea de bajo riesgo ni aún teniendo intermitencia por cuanto puede haber otros mecanismos involucrados (penetración oculta, bloqueo en fase 3, supernormalidad, etc). La ergometría generalmente no me aclara por que no logran una frecuencia que lo saque del alto riesgo. El Holter es muy poco útil por lo mismo. Por ello cuando veo una preexcitación le propongo una evaluación con EEF y casi seguro ablación. Le hago una estimulación durante el procedimiento y mido el periodo refractario de la vía. Cosa les diría casi inútil porque lo más probable es que se la ablacione y al salir del procedimiento habré medido algo que ya no existe. La utilidad de la medición es si no le hago la ablación por el motivo que sea y en ese caso le agrego una evaluación con isoproterenol y con inducción de FA en algún caso, lo cual modifica el periodo refractario en forma considerable y me puede hacer continuar el procedimiento o replantear el riesgo beneficio.

Le pido un eco previo por que muchas veces me resulta difícil hacer el diagnóstico de alguna alteración específica con un electrocardiograma habitual, imaginense en un ECG preexcitado.

El laboratorio previo me sirve para saber donde estoy parado ante una complicación, Bloqueo AV, taponamiento, etc. que si bien son muy raras pueden ocurrir. Y por otra parte como se trata de un procedimiento donde el paciente va a tener radiación (muy escasa por cierto o no tanto depende de la complejidad) si es mujer en edad fértil prefiero tener un test de embarazo ante cualquier sospecha o por lo menos hacerle saber de esa posibilidad para que ella evalúe. Y en hombre o mujeres para estar tranquilo que el paciente no tiene un problema hematológico previo que pudiera ser adjudicado al procedimiento en si por esta misma causa. Algunos pacientes ya tuvieron una dosis de radiación por algún procedimiento diagnóstico previo y ello se suma a lo que va a recibir.

Todos estos problemas son muy raros, estamos de acuerdo, generalmente una ablación de cualquier vía no dura más de 90 minutos en total con muy poco tiempo de rayos, pero no me gustaría que el paciente venga posteriormente con un problema hematológico y lo adjudique al procedimiento, cuando estaba previamente.

Luis Medesani

A la hora de ser frugal:

- puede evitar todo el laboratorio preoperatorio. Es muy improbable tener alguna anomalía en el laboratorio si la historia clínica y el examen clínico es negativo.
- Puede hacer un eco limitado rápido "at the bedside" y no cobrarlo! Yo lo hago todo el tiempo. Pero empujo la máquina solo y se como usarla! Será que en los USA nos entrenan para todo los procedimientos. (Como ejemplo yo hago mis propios TEEs antes de las ablaciones)
- Para el EPS, solo puede usar un catheter diagnóstico (cuadripolar) que intercambia entre el seno coronario y la aurícula derecha. Luego usa el catheter de ablación para el His y el Ventrículo.
- Puede usar una vaina barata (SRO) y yo siempre uso un catheter de 8 F (nonirrigated) blazer de Boston Scientific. Enough!
- No hay necesidad de mapeo electroanatómico.

Todo se puede hacer con pocos recursos si uno se lo propone.

Gracias y saludos

Dardo Ferrara

PS El Dr Kuck de Alemania una vez presentó (y tiene un paper) de como ablacionar WPW con solo un catheter! (ablation solamente sin cuadripolar).

La gente del HRS se levantó indignada y dijeron: "eso no se puede hacer! es mala practica." Kuck respondió: Usted no lo podrá hacer en los US, Yo lo hago todos los dias en Alemania). ¡Maestro Kuck!

[Circulation](#). 1991 Dec;84(6):2366-75.

Single-catheter approach to radiofrequency current ablation of left-sided accessory pathways in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome.

[Kuck KH, Schlüter M.](#)

Department of Cardiology, University Hospital Eppendorf, Hamburg, FRG.

Abstract

BACKGROUND:

Catheter ablation with the use of radiofrequency current has been introduced as a therapeutic option for patients with tachyarrhythmias mediated by an accessory atrioventricular pathway. The technique conventionally implies the introduction of several catheters into the heart for assessment of electrophysiological parameters as well as for localization of the accessory pathway and may last for several hours.

METHODS AND RESULTS:

Thirty-four patients with Wolff-Parkinson-White syndrome and a delta wave pattern indicative of an overt (i.e., capable of consistent antegrade conduction) left-sided free-wall accessory pathway underwent attempts at radiofrequency current ablation of the pathway with the use of just one catheter. No patient had a previous electrophysiological study. The catheter was introduced into the left ventricle close to the mitral annulus and was used for pathway localization as well as for ablation. The approach was completely successful in 30 patients (88%). In the remaining four patients, ablation of the pathway was achieved by using the multiple-catheter approach. Overall procedure duration was 2.0 +/- 1.1 hours; radiation exposure time was 22.8 +/- 20.4 minutes (median, 17.3 minutes). There were no acute complications.

CONCLUSIONS:

The single-catheter approach to radiofrequency current ablation of overt left-sided free-wall accessory pathways is feasible, safe, and effective in the majority of patients. The approach requires considerable investigator experience but significantly reduces procedure duration and radiation exposure time

Luis

Nuestra practica es muy parecida.

NUNCA escuché un caso de un paciente que luego de una ablación venga con un problema hematológico grave, y que finalmente eso se atribuya a la ablación: NUNCA.

Pero pongamos que pasó, en la literatura, un par de veces... ¿Eso me tiene que llevar a hacerle una analítica a TODOS los pacientes?

¿Querés mas analogías al respecto o entendés mi visión?

Adrnchukián Bara

Dardo

Sin ir más lejos, Femenia hace todo con un sólo catéter (o dos) como lo demostró en su publicación reciente en J Electrophysiology (2011), ¡pídanselo a él por via privada.

Maestro Femenia!

Adrián Baranchuk

Estoy de acuerdo con vos con lo de las radiaciones, las lesiones son raras, pero muchas veces no las detectamos. Los efectos posibles atribuibles a la radiación se llaman estocásticos y generalmente no se puede demostrar un efecto directo pero a veces tienen alteraciones hematológicas transitorias o esterilidad transitoria. Casi nunca se confirma la relación. Si el procedimiento se prolonga o tiene más de un haz etc puede tener efectos. Esta semana hicimos dos ptes con haces izquierdos por transeptal. Uno en 45 minutos y el otro en Dos horas por tener otro haz septal como by stander.

Luis Medesani

Bueno, gracias por concordar entonces, que la analítica no te permite:

1. Sentirte más seguro en caso de complicación
2. Pesquisar anormalidades en pacientes asintomáticos (son casos de reporte)
3. Guiar el manejo intra-procedimiento

Y por favor, no nos olvidemos que si hay una complicación, puede pedirse una analítica mientras ponemos un drenaje, nada lo impide.

Respecto a las radiaciones, hace poco escribí un artículo sobre el tema que se publicó en RIA, y que comparto aquí con Uds.

<http://www.ria-online.com/webapp/journal/show/id/RIA10183>

Un abrazo, y con gusto, creo, podemos pasar a otro tema.

Adrián Baranchuk

Queridos amigos:

Me disculpo por estar en deuda con lo que había prometido acerca de mi lectura del paper mexicano sobre el costo beneficio de los exámenes prequirúrgicos; sucede que estoy con muchos temas y no pude dedicarme a escribir sobre aquello.

No obstante, no puedo menos que comentar el párrafo que extraje del último mensaje de Adrian que copié arriba y dar cuenta que estamos frente a **concepciones distintas sobre nuestro rol como médicos.**

Y así como el otro día comenté la fábula de los 6 ciegos y el elefante, ahora quisiera comentar la símil china de la "*visión de sapo desde fondo del pozo*"

Cuenta la sabiduría milenaria china que un sapito se cayó a un pozo muy profundo que era como una especie de cilindro estrecho, cuya extremos superior era la boca del pozo. El sapito estaba triste porque una nubecita del tamaño de un puño se había posicionado justo sobre la boca del pozo dándole a él la sensación que el cielo se hallaba nublado, cuando ésa era la única nube en todo el firmamento, pleno de sol.

A eso le dicen "**visión de sapo desde fondo del pozo**". Es decir, creer que toda la realidad es la ficticia visión de tan solo lo que vemos y estar ciegos para todo lo circundante.

Y francamente, cuando le solicito análisis de laboratorio a un paciente **Hermenegildo Sudaca** en el que casualmente se encontró un WPW, es tan solo una pequeña parcela de la realidad que dicha analítica sea solicitada para sentirse más seguro en caso de complicación, para pesquisar anormalidades en pacientes asintomáticos (son casos de reporte) o para guiar el manejo intra-procedimiento.

En realidad, la interpretación que guía la conducta es entender el WPW, el dolor atípico, el prurito, o cuál sea el motivo de consulta, tan solo como una **mera oportunidad única** en la que Hermenegildo se puso en contacto con el sistema de salud (al que espontáneamente no hubiera consultado por que es totalmente asintomático) y entonces, como parte del sistema de salud que somos y no meros técnicos en el cual Hermenegildo no es Hermenegildo sino es **una vía lateral derecha**, idéntica a la de John Smith, plantearnos que con una simple rutina intentar testear situaciones prevalentes que la persona ignora y nosotros intentamos evaluar inespecíficamente. No se trata de solicitar un dosaje de troponina, o de TSH o de ac vainilinmandélico, pero si un Hematocrito, una eritro, glucemia, una Rx de tórax, etc y por ejemplo serología para Chagas si tiene antecedentes de residencia en zona endémica.

Y aquí no corre el costo beneficio en abstracto sino lo que significa para Hermenegildo si le detectamos a él una anemia no sospechada, una eosinofilia, o lo que fuese que está claro que no modificarán el procedimiento de ablación, Y no importa si él es el único entre 1000 pacientes en los que no se detectó nada. Vale para Hermenegildo, ya que esta visión de la medicina es la de la **clínica del uno por uno** y a él le tocó tener alguna de esta condiciones.

Los autores mexicanos comentan en su paper que el costo anual de realizar exámenes pre quirúrgicos en EEUU fue de 3000 millones de dólares en un años, que se podría ahorrar ya que los mismos no aportaron nada a la evolución post quirúrgica.

Pregunto: ¿por qué el ahorro debiera venir del sistema de salud que me permitió a mi detectar una condición a mi paciente en un país que gasta"al menos 3.7 billones de dólares en su invasión a Afganistan y podría alcanzar tanta como 4.4 billones de dólares, según el proyecto de investigación 'Costo de la Guerra' por el Instituto de Estudios Internacionales Watson de la Universidad Brown. (<http://www.costsofwar.org>)"

Ahora tomo conciencia que las fábulas de los *Ciegos y el elefante* y la de la *visión de sapo desde el fondo de pozo* son confluentes e invitan a la reflexión desde la milenaria sabiduría oriental.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Estimado Dr Edgardo e integrantes del foro:

Con bastante atención y dedicación seguí las opiniones de uds y sus fundamentos; tal como les dije hoy tengo el resultado de la prueba ergométrica graduada, no tengo todavía el laboratorio, Holter ni el ecocardiograma

PEG de 12 derivaciones:

edad 25 años, peso 83 kilos Altura 1,95 IMC 21.83

antecedente: WPW

factores de riesgo: sedentario

sin medicación

FCMP: 195 LPM 85% FCMP: 166 LPM % de FCMP alcanzada: 107 (%)

Minutos ejercitados: 09,55 (min) Consumo O2: 26785,46 (ml)

Test detenido por: Agotamiento muscular

Prob. Pre-Test: 3, 62(%) Prob Post Test: 3,51%

Conclusiones:

Prueba máximo, detenida por agotamiento muscular.

Suficiente: alcanzo el 100% de la FCM teórica prevista

No presento angor, disnea, arritmias ni alteraciones del ST-T

Se observa patrón de preexcitación (WPW) durante todo el estudio.

Comportamiento hemodinámico adecuado.

Carga final: 12.1 METs.

Por falta de tecnología en este momento no puedo escanearles la secuencia de etapas y los diagramas, pero mañana podre hacerlo.

Dr. Edgardo, dígame ud a qué dirección de correo electrónico puedo escribirle para solicitar copia del consenso en pacientes asintomáticos (me interesa aprender!!!).

Dr Edgardo, estoy de acuerdo con ud. en todo su razonamiento, haciendo énfasis en los últimos dos párrafos y créame que no le pido 5 000 estudios a los pacientes, pero trato de tener un marco de referencia en la oportunidad de una práctica preventiva en su acceso al servicio de salud.

Por supuesto que espero la opinión de los integrantes del foro !!

Un saludo!!!!

Noemi Ledesma

Very Good! Me gusta más con dos catéteres para demostrar que la conduction retrógrada es finalmente concéntrica y decremental al final de la ablación (además de no inducir). Como sabes hay veces que la conducción retrógrada persiste y puedes tener ORT.

"En miemail anterior quise decir 7F 8 mm Blazerpero creo que se entendio".

Dardo Ferrara

Los WPW laterales derechos a mi me gusta hacerlos con catéter irrigado y meto un duo decapolar, Brugada ha estado en nuestro laboratorio y también hace con un solo catéter los WPW (allá aprendió Femenia), yo soy Carlos y me salen bien igualitos, en cuanto a la vaina no la abro hasta no sentir el juego con los catéteres adentro. Les voy a contar algo aqui en Maracaibo un eco transtorácico sale en 400Bs eso es al cambio unos 25 dolares, los estudios de laboratorio completo 25 dolares igual al eco y la Rx de tórax 10 dolares, nosotros de pre operatorio no pedimos ecocardiograma. Una ablación costará con todo incluyendo honorarios médicos 2600\$ cuando mucho haciéndolo de esa forma en nuestro instituto

Carlos Rodríguez

Estimado Dr.,

Gracias Dr Ddardo, pues le confieso ya estaba bastante asustada, solo a eso me refería parece ser que no supe hacer llegar con claridad mi mensaje, aunque confieso que no me abochornaré al ratificar que en nuestra práctica médica somos así, así aprendimos a ser. Y no pienso que por ello estemos dejando de hacer ciencia, no obstante respeto en silencio el pensamiento y criterio del resto, no sólo ello sino también el modo en que lo defiendan, es su derecho. Gracias una vez más.

Saludos afectuosos.

Dra Ilíada

