

Niña de 7 años con preexcitación intermitente – 1999

Dr. Ricardo Casañas

Querido Edgardo te molesto para realizarte una consulta ya sea a vos, Gonzalez Zuelgaray y/o otro integrante del foro

Mujer de 7 años con síndrome de Wolf Parkinson White Intermitente sin episodios de arritmias con prueba ergométrica donde se observa que en el esfuerzo aparentemente conduce por vía normal y con un Holter de 24 horas donde no se demuestran episodios de Taquicardia paroxística

- 1- Conducta a seguir
- 2- Posibilidad de desarrollar esfuerzos
- 3- Tratamiento si hubiera que realizarlo

Gracias

Un abrazo

Ricardo Casañas

OPINIONES DE COLEGAS

Parto de la base que al referirse a que presenta un WPW intermitente se refiere a que presenta solamente de forma intermitente en el ECG basal signos de preexcitación. Que nunca ha sufrido episodios de taquicardia.

Si además durante la PEG los signos desaparecen, ambas cosas hablan de una vía con un período refractario largo. Esto pone a la paciente en una categoría de bajo riesgo.

En mi opinión no hay que tomar medida terapéutica alguna y mantener un control periódico o ante la aparición de síntomas que se le deberían explicar a sus familiares.

En el caso presentado no conozco la utilidad del Holter para estratificar riesgo y/o definir conducta y me gustaría que algún colega se pudiera extender al respecto.

Saludos a docentes y cursistas

Dr. Alejandro Cuesta

Con respecto a la pregunta enviada al foro, creo que no corresponde hacer nada más que seguimiento clínico, por cuanto la paciente esta asintomática, con lo cual no correspondería encuadrarlo dentro del síndrome de WPW, sino solo preexcitación y sino me equivoco el hecho de ser intermitente y desaparecer con el aumento de la frecuencia cardiaca, implica un periodo refractario largo de la via, con lo cual el riesgo es escaso.

Atte.

Luis Medesani

Me permito emitir mi opinión. En una paciente de 7 años con las características descritas, (WPW asintomático, y de bajo riesgo), no requiere por ahora tratamiento alguno, y puede realizar actividades físicas.

Sin embargo sería importante saber la localización por el ECG, ya que si no es anterior o parahisiana, se puede considerar seriamente la ablación, en algún momento de la evolución de la paciente. Mientras tanto seguimiento con ergometrias, Holter.

Dr. Domingo Luis Pozzer

Si se trata de un WPW intermitente, en una paciente que es asintomática en la cual no se han evidenciado arritmias, pese a que se han buscado, no hay que hacer nada, solo observarla, puede que solo sea un hallazgo y que nunca haga arritmias o puede que con el tiempo se haga sintomática, y ese será el tiempo de pensar en tratamiento según de cuán sintomática sea.

Igor Lipchenca

Un patrón de ECG con WPW en una niña de 7a, que no conduce en FC mayores (ergometría normal) presupone un periodo refractario relativamente "seguro", "largo" y un menor riesgo de eventos de reentrada con alta respuesta ventricular.

De todas formas por estos días en un grupo de Cardiología Infantil "PEDIHEART" se está hablando de WPW asintomáticos que debutaron con episodios de TV y/o FV. Allí se discute sobre la oportunidad de la ablación en estos pacientes (en realidad los casos mencionados son teenagers).

Se me ocurre que esta forma de presentación es bastante excepcional. Por otra parte quizás no sepamos la real magnitud del problema.

En lo personal, una niña de esta edad y con estos datos, no recibiría de mi parte tratamiento alguno, explicaría las pautas de alarma y sería un tema de discutir las actividades físicas o de riesgo. (buceo, por ejemplo)

Es posible que también algún día todos estos pacientes se ablacionen. No estoy seguro que ese momento ya esté definitivamente entre nosotros.

Asi mismo en pacientes pediátricos la historia natural de la enfermedad debe ser claramente "más peligrosa", que la historia "natural" del tratamiento médico (ya sea farmacos, ablacion, cirugía, etc)

Atte

Dr. Diego Esandi

"Vestirse despacio, que estamos apurados".

O sea no hacer nada, solo seguimiento clínico y vida normal, si más adelante presentara crisis de taquicardia, estudio electrofisiológico y ablación de la vía.

Saludos

Dr. Karel Morlans Hernandez.

Dr. Ricardo Casañas:

Con respecto a este caso mi modesta opinión es que tratándose de una niña con un WPW totalmente asintomático hasta el momento no indicaría tratamiento ablativo aún, sino un seguimiento clínico explicándole con detalles a la familia los posibles síntomas que acompañan a las crisis de Taquicardia para que aprendan a reconocerlos en el acto. En las consultas periódicas indicaría Ergometrías, y pudiera seguirse también con Holter.

Con el decursar del tiempo pudieran desarrollarse estos paroxismos y es entonces que indicaría estudio electrofisiológico y de su resultado dependería el tratamiento. En cuanto a la actividad física yo no le pondría limitaciones, pues su ergometría es normal (conducción por vía normal en esfuerzo) al menos por ahora.

Giselle Debs

Estimado colega:

respecto al cuadro descrito de síndrome de WPW, niña de 7 años, intermitente asintomático, me permito dar una opinión como cardióloga clínica, y médica de la UCO, observaría el cuadro, sin tratamiento alguna en especial por el momento, y si aparecen síntomas, recién pensaría en ablación.

Saludos.

Analia O. Molteni

Estoy totalmente de acuerdo con el Dr. Morlans Hernandez

Saludos

Dante E Manyari

Varios han mencionado ya la realización de Holter. Voy de alguna manera a reiterar mi pregunta anterior ya que no creo que nadie la haya contestado.

Si por esas remotas casualidades resulta que vemos una taquicardia comprendo su utilidad. Pero si resulta negativo, cosa que es lo más seguro; ¿qué valor ello tiene en este caso clínico?

¿Estaría entonces indicado en una paciente con una probable vía accesoria intermitente el seguimiento con Holter?

Alejandro Cuesta

Con respecto a este caso quisiera agregar a lo ya comentado la importancia de tener en cuenta si el niño con WPW diagnosticado y asintomático desarrolla, o va a desarrollar una actividad deportiva competitiva, lo cual aumenta el riesgo de que debute con una muerte súbita y por lo tanto en este caso debería ser ablacionado.

Fernando Fernández

Estimados colegas:

Quisiera conocer la base científica del punto de vista del colega Fernando:

Con respecto a este caso quisiera agregar a lo ya comentado la importancia de tener en cuenta si el niño con WPW diagnosticado y asintomático desarrolla, o va a desarrollar una actividad deportiva competitiva, lo cual aumenta el riesgo de que debute con una muerte súbita y por lo tanto en este caso debería ser ablacionado.

..../

Si aceptamos su sugerencia, se debería prohibir el deporte competitivo a todas las personas que tengan pre-exitacion en el ECG. Y esto no creo que sea práctica aceptada. ¿Cuál es la diferencia cuando se practican deportes no competitivos? Algunos deportistas se esfuerzan más que durante una competencia.

Que yo sepa, el riesgo de muerte súbita en personas con pre-exitacion es solamente relacionada a la velocidad de conduccion anterógrada del by-pass y no a la actividad física. Incluso en este grupo de personas con WPW, en los que el by-pass tienen un corto periodo refractario (menos de 250msec) durante fibrilacion auricular inducida en el laboratorio, muestran un pronóstico bueno. En algunos casos esta velocidad de conduccion es acotada por estimulación simpática (isoproterenol), pero tampoco este tipo de investigación ha mostrado tener valor. La muerte súbita en WPW es raro. Tan raro quizás, que colinda con los riesgos de muerte durante un procedimiento de ablacion.

Atentamente

Dante Manyari

Subscribo totalmente el punto de vista expresado por el Dr. MANYARI.

Dr. Jose L Merino

Hospital General La Paz

Madrid (España)

Estimados colegas :

en nuestra profesión nos vemos obligados a tomar decisiones sobre nuestros pacientes y no siempre tenemos suficiente aval científico en la literatura médica que apoye nuestras conductas. Pienso que el caso del síndrome de WPW es un ejemplo de esto en muchos aspectos. Por lo cual quizás algunas conductas se tomen usando criterios subjetivos; Yo me desempeño actualmente como residente en el servicio de cardiología del Hospital Ramos Mejia y la conducta de ablacionar a pacientes jóvenes que van a desarrollar una actividad competitiva deportiva (al igual que a personas que tienen profesiones "de riesgo" como por ejemplo pilotos de avión) o prohibirles la realización de estas actividades si decidieran no ablacionarse, está avalada por la experiencia acopiada por las personas a cargo de nuestro servicio de Electrofisiología (los Dres. Pablo Chiale y Marcelo Elizari) las cuales me transmitieron ante la consulta del caso que esta conducta está totalmente aceptada en lugares como por ejemplo Estados Unidos. Además de la experiencia personal de las personas referidas, por el hecho de haber observado casos aislados de MS en pacientes jóvenes en los cuales se detectaron haces anómalos, puedo comentar, en respuesta a la opinión vertida por el Dr. Dante Manyari, que existen algunas estadísticas como las publicadas por Timmermans C. (Am J Cardiol 1995 Sept.1;76(7):492-4), en que el porcentaje de MS asociada a la presencia de haces anómalos llega hasta el 2,2 % estando gran parte de estas muertes relacionadas al ejercicio físico o al stress emocional (10/15 casos). Además en estudios postmortem de atletas con MS se ha descubierto la presencia de haces anómalos (Rossi L, J Sports Med Phys Fitness 1995 Jun;35(2):79-86).

La conducta de ablacionar una vía anómala en pacientes "de riesgo" y asintomáticos entonces surgiría en parte de un análisis subjetivo del riesgo-beneficio habiendo situaciones que pueden aumentar la probabilidad de MS, como antecedentes de MS en la familia, profesiones de alto riesgo o atletas (Steinbeck, PACE 1993 mar; 16(3Pt2):649-52), y esta conducta puede apoyarse en las bajas tasas de mortalidad (y complicaciones mayores) demostradas en estudios como los de : Kugler y cols.(Am J Cardiol 1997;80:1438-1443) mortalidad de procedimientos de ablación en niños de aproximadamente 1:1000; Mortalidad en procedimientos de cateterismo cardíaco en niños de 0,14 % sobre 4952 procedimientos (J Am Coll Cardiol 1998;32:1433-40);Wellens (Circulation 1999;99:195-197) donde se muestran estadísticas en ancianos con una mortalidad del 1 por mil pacientes.

Por lo antes dicho y tomando en cuenta el bajo valor predictivo positivo de la detección de períodos refractarios cortos en el haz anómalo en cuanto a predicción de posibilidad de MS, muchas veces el manejo de estos pacientes debe basarse más en la historia clínica, evaluando probables factores de riesgo.

Además, en referencia al comienzo de este comentario, el aval de una conducta terapéutica puede estar influenciado por la experiencia vivida por el equipo encargado de tratar a un paciente en particular, especialmente cuando esta se relaciona con la muerte de pacientes muy jóvenes.

Fernando Fernandez

Servicio de Cardiología del Hospital Ramos Mejía.

Buenos Aires. Argentina.

Estimado Fernando Fernández, quien le escribe fue el que presentó el caso; cuando yo tuve la oportunidad de ver por el correo la apreciación de Uds. en un momento pensé sin manejar mucho las estadísticas pero conociendo el riesgo de muerte súbita en pacientes con vía anómala (yo conocí un caso a través de mi padre cuando los métodos de ablación aún no se conocían) que decidí informarle a la madre de esta paciente con respecto a si iba en algún momento a desarrollar actividad física intensa de tipo competitivo, que lo pensara bien con respecto a la ablación ella me contestó que no por lo que me quedé si se quiere más tranquilo no obstante creo que este no es el momento de ablacionar lo que si me parece correcto es llevar un seguimiento muy de cerca para ver como evoluciona incluso informar a la madre de los probables síntomas para sospechar algún tipo de arritmia, a fin de poder detectarlo con algún método convencional y ahí si decidir la conducta.

Un abrazo

Dr Ricardo G Casañas

No soy Cardiólogo, soy Médico del Deporte. Por tanto, no puedo dejar de manifestar mi opinión (aunque un poco más dispersa y menos experimentada que la de los Cardiólogos) en referencia a la discusión sobre ablación o conducta expectante en individuos asintomáticos con WPW que practican deporte de competición.

Estoy totalmente de acuerdo con lo manifestado (y excelentemente apoyado con datos concretos) por Fernando Fernandez. Cuando diagnosticamos un WPW en una valoración médico deportiva rutinaria de aptitud, nuestra conducta es la contraindicación para la actividad competitiva y lo remitimos a Cardiología para valoración de posible ablación. Por lo que venimos oyendo y

observando en los arritmólogos a quienes remitimos a los deportistas, estos también suelen apoyar la ablación, pese a que los sujetos estén asintomáticos.

Fernando Fernandez comentaba que esta tendencia ya era muy clara en Estados Unidos. En Italia, donde las implicaciones legales para el médico que considera la aptitud deportiva son muy importantes, la actitud de "no aptitud deportiva" para los casos de preexcitación si no se realiza ablación de la vía está aún más definida. En España, con poca legislatura sobre el tema, tenemos aún la suerte de que el criterio clínico prevalece sobre el legal; aún así hay que individualizar los casos valorando riesgo y beneficios, pero sin olvidar que en estos casos el riesgo puede tener la presentación clínica de la muerte súbita en deportistas. Y la valoración del riesgo de muerte súbita en el control de aptitud pre-competicional también forma parte de lo que perseguimos en nuestras valoraciones cardiológicas de los deportistas...

Un abrazo para todos los que forman parte de este interesante foro.

Lourdes Sánchez (Catalunya)

En relación con el caso planteado por el Dr. Casañas, deseo destacar:

- a) Se trata de preexcitación intermitente en un ECG de reposo. Esto refleja un período refractario prolongado de la vía anómala.
- b) No está indicado el estudio electrofisiológico y menos aún la ablación por radiofrecuencia (que, aunque altamente segura y eficaz, no está desprovista de riesgos).
- c) El Holter no es en general un método útil para el seguimiento de estos pacientes, ya que excepcionalmente detecta taquiarritmias. Sería de valor para encontrar preexcitación intermitente, que en el presente caso ya conocemos por el ECG basal.
- d) La desaparición de la onda delta en la ergometría es un signo de buen pronóstico siempre y cuando esto ocurra en forma "instantánea" al alcanzarse una F.C. crítica. Cuando se presenta gradualmente un QRS cada vez menos preexcitado a medida que aumenta el esfuerzo, puede tratarse de un efecto de mejoría de la conducción nodal provocada por el incremento en el tono adrenérgico.
- e) Considero que está permitida la actividad deportiva frente a un WPW intermitente asintomático.

Ha sido un debate muy interesante, pero no exento de ciertas confusiones (definición de WPW y de WPW intermitente, extensión de la experiencia en WPW permanente a los casos con preexcitación intermitente, consideración del valor predictivo positivo de un período refractario corto cuando en este paciente se trata del valor predictivo negativo de una refractariedad prolongada).

Es nuestro deseo aclarar estos y otros aspectos justamente en el próximo módulo (Preexcitación) del Curso.

Cordialmente.

Dr. Jorge Gonzalez Zuelgaray