

Paciente de 43 años con WPW intermitente – 2011

Dr. Sergio Fontana

Quisiera saber opiniones acerca de un caso que tengo en consultorio

Paciente de 43 años sin factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes patológicos significativos, deportista, asintomático que consulta para un control cardiológico. Presenta un ECG de 3 años previo normal.

Se constata en ECG presencia de FC DE 45 LPM, onda delta con QRS ancho, en forma permanente.

Se realizó ergometría donde se constata intermitencia de la preexcitación aún a FC altas (180 lpm) lo cual se corrobora en Holter de 24 hrs.

La pregunta se impone ¿es una vía de riesgo? ¿hay que realizar EEF?

¿Ablación?

Dr Sergio Fontana

OPINIONES DE COLEGAS

Querido Sergio Fontana: Una vez identificados y adecuadamente tratados, el síndrome de WPW se asocia con un pronóstico excelente, incluyendo el potencial de curación permanente a través de la ablación con catéter de radiofrecuencia.

Los asintomáticos con apenas preexcitación en el ECG en general, tienen un pronóstico muy bueno. No obstante muchas arritmias sintomáticas pueden desarrollarse con el tiempo, las que se puede prevenir con estudio electrofisiológico profiláctico y la ablación con catéter de radiofrecuencia.

Los pacientes con historia familiar de MS o síntomas significativos de taquiarritmias o paro cardíaco tienen peor pronóstico. Sin embargo, una vez que el tratamiento definitivo se lleva a cabo, incluyendo la ablación curativa, el pronóstico es excelente una vez más. La estratificación de riesgo no invasiva puede ser útil si la pérdida brusca de preexcitación ocurre con el ejercicio (como este caso) o la infusión de procainamida.

La mortalidad en el síndrome de WPW es rara y se relaciona con la MCS. La incidencia de la MCS en el síndrome de WPW es de aproximadamente 1 en 100 casos de los sintomáticos cuando seguidos por 15 años.

Aunque es relativamente poco común, MCS puede ser la presentación inicial en 4,5% de los casos. Incluso en pacientes con WPW asintomáticos, el riesgo de MCS es superior a la de la población en general. El tratamiento médico con fármacos como la digoxina puede aumentar este riesgo si el paciente tiene flutter auricular o AF. El riesgo es bajo en pacientes asintomáticos y puede reducirse aún más con la ablación profiláctica de la vía accesoria (EPS y la ablación por radiofrecuencia).

Otros factores que parecen influir en el riesgo de MCS son la presencia de tractos de bypass múltiples, períodos cortos de PA refractaria (<240 ms), la FA y el flúter auricular, o una historia familiar de muerte súbita.

La MCS es inusual, sin síntomas anteriores.

La causa de la MCS en el síndrome de WPW es la conducción rápida de la FA a los ventrículos a través de la AP, lo que resulta en FV. FA se desarrolla en un quinto a un tercio de los pacientes con síndrome de WPW, las razones de ello y los efectos de la ablación con AP en su desarrollo no están claras.

Sin embargo, un estudio hipotetizó que hay dos mecanismos involucrados en la patogenia de la FA en pacientes con síndrome de WPW: una está relacionada con el PA que predispone a las aurículas a la FA, y el otro es independiente de la PA y se relaciona con aumento de la vulnerabilidad presente en las aurículas en estos individuos (Zhang Y, Wang L. Atrial vulnerability is a major mechanism of paroxysmal atrial fibrillation in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. *Med Hypotheses*. 2006;67(6):1345-7.).

De acuerdo con la literatura, los factores de riesgo para el desarrollo de FA en el contexto de síndrome de WPW incluyen la edad avanzada (dos años de edad pico de aparición de FA son reconocidos, uno a 30 años y el otro a 50 años), sexo masculino, y la historia previa de síncope. Szumowski L, Walczak F, Urbanek P, Szufiadowicz E, Ratajska E, Kepski R, et al. Risk factors of atrial fibrillation in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. *Kardiol Pol*. Mar 2004;60(3):206-16; discussion 217.

La morbilidad puede estar relacionada con síncope – pré-síncope - arritmias.

Incluso cuando el síncope está ausente, puede ocasionar episodios muy sintomáticos.

Los pacientes en su mayoría tienen episodios de TPSV bien tolerados y que no son amenazas para la vida. Sin embargo, el potencial de ocasionar síncope, MCS hace que debamos prohibir a estos pacientes de la participación en deportes competitivos o tareas peligrosas hasta que el sustrato de cura definitiva con ablación por catéter haya sido realizado.

La educación es de suma importancia en pacientes con síndrome de WPW. Esto es especialmente cierto en los pacientes asintomáticos jóvenes con ECG anormales.

El seguimiento periódico de estos pacientes es necesario, junto con discusiones profundas de la consideración de la ablación con catéter, profilaxis y estudio electrofisiológico.

Instar a los pacientes para llevar con ellos un trazado de ECG en ritmo sinusal y un brazalete de identificación médica en caso de paro cardíaco.

Educar a los pacientes que están siendo tratados con la terapia farmacológica a fondo lo que respecta al tipo de enfermedad y los que están tomando medicamentos. Estos pacientes se les debe enseñar lo siguiente:

- Cómo reconocer la recurrencia de la enfermedad
- Cómo realizar las maniobras vagales, cuando sea necesario
- Para mantener a sus citas de seguimiento
- Identificar los efectos adversos de los fármacos antiarrítmicos
- Evitar los deportes competitivos
- Conocer las opciones y las indicaciones de ablación para la ablación

Los pacientes con síndrome de WPW También deben educar a sus miembros de la familia, hermanos y estos deben ser examinados para preexcitación con ECG

Andres R. Pérez Riera

Hola Sergio

El riesgo es 2% de mortalidad anual (porque es >40 años; llega hasta 4 en menores de esa edad).

El riesgo de la ablación depende de la localización de la vía (que no nos contaste) pero lo podés estimar en <1% incluyendo perforación, y bloqueo AV si la vía es antero-septal).

Recomiendo la ablación dado que se trata de un deportista.

Las vías incrementan su riesgo si NO desaparecen durante el esfuerzo.

Salud

Adrián Baranchuk

Hol Sergio, y muy largo tu email querido Andrés, la única forma con certeza de evaluar el riesgo de una VA (conducción aurículo ventricular a 250 para otros 230 ms o menos) es con el estudio electrofisiológico en condiciones basales y bajo infusión con drogas facilitadoras, el estudio no invasivo no es el mejor predictor de riesgo para las VA (ver controversia en Circulation entre Wellens y Papone), por ejemplo la ergometría donde hay que buscar muy bien el latido en el cual la VA deja de conducir. Da la impresión que esta VA no debe tener muy buena conducción AV, por la intermitencia, ECG previo normal, etc, pero ojo este paciente es deportista, y de por si ya tiene una mayor predisposición al desarrollo de FA además que el grupo de pacientes con preexcitación ya lo tiene. Si le vamos a realizar un EEF intentaría la ablación por catéter en el mismo procedimiento, excepto que fuera una VA de localización con mayor riesgo de lesión del sistema eléctrico normal (medioseptal, parahisiana, en este orden) durante el procedimiento de ablación y que presentara una conducción AV mayor a los 250 ms, o sea una VA de bajo riesgo para MS.. Ante esta situación en un paciente asintomático y con una VA que tenga mala conducción AV, no la tocaría, pero mi planteo es intentar la ablación no meterlo a sala solo con la idea del EEF, si se puede intentaría curarlo.

Saludos

Francisco Femenia

Estoy de acuerdo parcialmente, Francisco.

La prueba de esfuerzo tiene una sensibilidad intermedia pero una especificidad alta. Por eso es útil en asintomáticos.

¿Qué quiero decir? Si vos le hacés la prueba y la vía desaparece a bajo esfuerzo, el EEF NO esta indicado. Si la víaa no desaparece o hay dudas, estoy de acuerdo en todo lo que sigue. Nosotros tomamos <270 ms. Y si la via NO está en posición AS, a un deportista se la eliminamos de cualquier manera.

Salud

Adrián Baranchuk