

Paciente masculino de 20 años con WPW asintomático – 2009

Dr. Ricardo Pizarro

Saludos a todos:

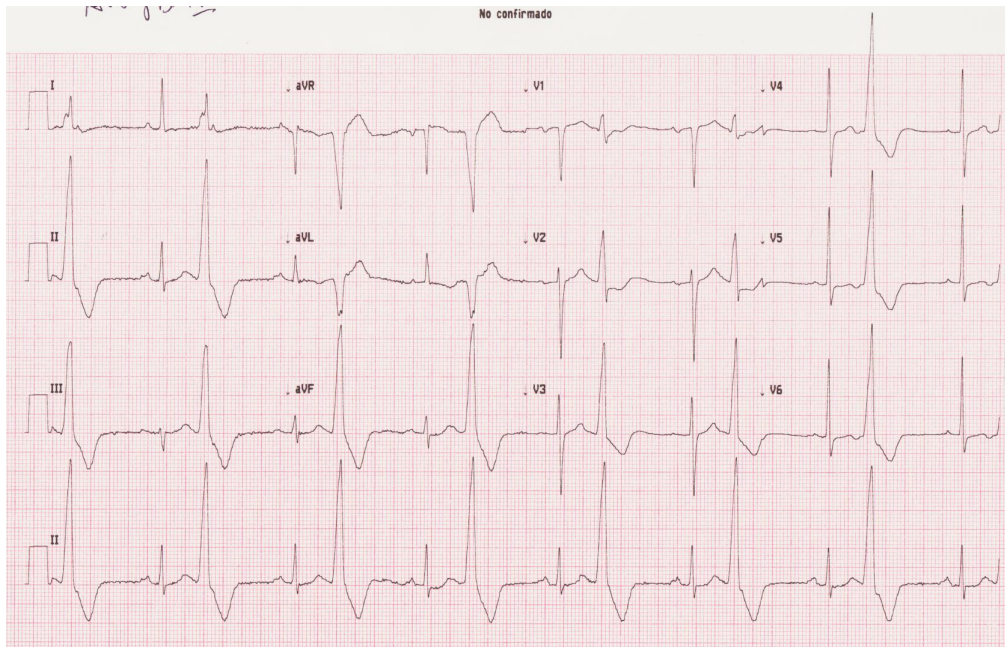
Adjunto el ECG de un paciente masculino de 20 años, que ha estado asintomático toda su vida; Niega: palpitaciones, lipotimias, síncope y cualquier sintomatología; realiza deportes ocasionalmente.

Tengo varias preguntas que agradecería mucho me aclararan:

- 1) Podría considerar la localización de la vía anómala como ínfero-paraseptal izquierda. o paraseptal posterior izquierda, o en otra localización?
- 2) Si ha permanecido asintomático toda su vida, ¿es menester ablacionarla "*de todas maneras*", o se le hace un seguimiento?, y si es recomendable esto último, ¿con cuál frecuencia debería tomarle los ECGs?
- 3) En caso de no ser apremiante la ablación, ¿sería recomendable alguna medicación?
- 4) ¿Con cuál frecuencia atienden casos totalmente asintomáticos, y se "descubre" el patrón de WPW incidentalmente? ¿Y cuál es su conducta al respecto?

Muchas gracias por sus consideraciones en responder; que estén bien y hasta pronto,

Ricardo Pizarro.



OPINIONES DE COLEGAS

Amigo Ricardo

Gracias por este nuevo desafío

Este ECG es difícil porque NO tiene preexcitación máxima, por lo tanto la sensibilidad de predicción está en el orden del 60-65%.

Si Ud asume onda delta negativa en V1 (es decir morfología más sugerente de BCRI) entonces la vía es pósteroseptal derecha. Pero si Ud la ve más positiva (es decir más orientada a BCRD) entonces, como Ud sugiere, es pósteroseptal izquierda.

Esto creo, es todo lo que se puede decir sobre localización.

Pero este ECG muestra otra cosa interesante: la preexcitación varía con mínimos cambios de FC (ver tira de ritmo) sugiriendo que la preexcitación anterógrada es pobre y la conducción anterógrada por la vía fallará en cuanto Ud aumente la FC.

Siguiendo este concepto sugiero:

1. Prueba de esfuerzo: si la preexcitación desaparece a baja FC, entonces seguimiento cada 2 años y dejarlo hacer vida normal incluidos deportes
2. Si la preexcitación no desaparece o aumenta con esfuerzo, entonces hay 2 escuelas:
 - a. Ablación en WPW asintomático (pero de mayor riesgo): lo que hacemos aquí en Queen's.
 - b. Seguimiento.

Impresión diagnóstica: vía posterior izquierda, de pobre conducción anterógrada, que resultará en prueba de esfuerzo con desaparición de onda delta a baja FC.

Conducta: seguimiento.

¿Qué opina el grupo?

Adrián Baranchuk

Región III, pósterio-septal: ¿Por qué? Por la onda delta negativa en II, II y aVF, SAQRS superior y onda R < S en V1. Transición entre V2 y V4.

Además, en el trazado II más abajo, observamos arritmia sinusal, arritmia sinusal respiratoria o arritmia sinusal fásica.

La muerte súbita puede ser el primer evento en la historia de síndrome de WPW. Éste es un evento muy raro, aunque como la ablación de la vías accesorias evita este riesgo, es preciso detectar una forma potencialmente maligna de la enfermedad.

Tratamiento: Realizar pruebas electrofisiológicas invasivas y ablación profiláctica en sujetos seleccionados. ¿Cuáles? Cuando hay fuertes predictores presentes, de arritmias peligrosas para la vida y muerte súbita.

- Período refractario anterógrado corto de vías accesorias
- Inducibilidad de taquiarritmias sostenidas
- Presencia de múltiples vías accesorias.

No hay indicación de tratamiento farmacológico previo de pacientes asintomáticos. La profilaxis antiarrítmica es necesaria en pacientes con episodios previos de FA con respuesta ventricular rápida, en pacientes con taquicardias reentrantes paroxísticas y conducción rápida a través de vías accesorias, y en pacientes con episodios frecuentes de taquicardias reentrantes de larga duración.

La propafenona y flecainida, clase IC, son la primera elección de drogas en pacientes con conducción anterógrada rápida por vías accesorias, por su alta eficacia y baja incidencia de efectos adversos.

Los beta bloqueantes están indicados para pacientes con taquicardias reentrantes y baja capacidad de conducción por vías accesorias.

Cordialmente,

Andrés R. Pérez Riera.

Hola, este tema siempre es polémico.

Nuestro servicio en pacientes asintomáticos con este tipo de caso generalmente practica estimulación esofágica y medimos el período refractario de la via, si tiene un período refractario menor que 250ms indicamos ablación, no estamos de acuerdo en llevar un paciente a sala de electrofisiología y en forma invasiva medir el período refractario ya que estando adentro con el paciente en sala y un WPW cómo no intentar ablacionarlo, dejo claro que por lo polémico del tema quizás la razón es difícil de encontrar y aceptamos las diferentes posturas que puedan existir.

Olvidaba decirles que esta conducta de estimulación esofágica en pacientes asintomáticos con WPW no es empírica, hay elegantes estudios realizados por varios equipos, principalmente el grupo francés de la Dra Brembilla Perrot.

Carlos Rodriguez Artuza

Querido amigo Dr. Carlos Rodríguez de Venezuela.

De hecho este es el manuscrito.

Estoy de acuerdo con Usted

Brembilla-Perrot B, Cloez JL, Marchal C, Chometon F, Huttin O, Tatar C, Lethor JP, Tisserand A, Admant P, Belhadj K, Simon JP, Benzhagou N, Marçon F. Transesophageal electrophysiological study in non sedated children younger than 11 years with a Wolff-Parkinson-White syndrome] Ann Cardiol Angeiol (Paris). 2009 Feb;58(1):1-6.

Cardiologie adultes, CHU Brabois, rue du Morvan, 54500 Vandoeuvre-Les- Nancy, France.

The electrophysiological evaluation of Wolff-Parkinson-White syndrome (WPW) is recommended in children aged more than five years to detect a risk of life-threatening arrhythmia. The purposes of the study were to determine the feasibility of transesophageal EPS in a child between six and 10 years in out-patient clinic.

METHODS: Electrophysiological study (EPS) was indicated in 22 children, aged six to 10 years, with a manifest WPW either for no documented tachycardia (n=7), unexplained dizziness (n=2) or for a sportive authorization in 10 asymptomatic children. Two of the last children had a history of permanent tachycardia after the birth but were asymptomatic since the age of one year without drugs.

RESULTS: EPS was performed in all children. The main difficulty lied in passing the catheter through the mouth. Programmed stimulation at cycle length of 380 ms was performed in all children to avoid high rates of pacing when the conduction through the accessory pathway (AP) and normal AV system was evaluated. Isoproterenol was not required in five children, because they developed a catecholaminergic sinus tachycardia. The AP refractory period was determined in all children between 200 and 270 ms. Orthodromic reentrant tachycardia (RT) was induced in 11 children, three asymptomatic children (27%), seven complaining of tachycardia and one with syncope. Rapid antidromic tachycardia was induced in this last child with dizziness. Atrial fibrillation was never induced.

CONCLUSIONS: Esophageal EPS can be performed without sedation in a youngchild six to 10-year-old with a shortened protocol of stimulation, which was capable to clearly evaluate the WPW-related risks.

PMID: 18937924 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Con el mayor de los respetos en mi opinión se trata de un haz pósterolateral derecho

Atte

Carlos Lavergne

Estimado Lavagne Por favor si possible me gustaria que exponga sus argumentos

Gracias

Andrés R. Pérez Riera

Hola amigos, es pósteroseptal y empezaría del lado derecho, tiene poca preexcitación, si está totalmente asintomático haría ergometría y vería que pasa con el aumento de la FC, puede desaparecer o no, en el primer caso la conducción anterógrada puede ser deficiente y el riesgo de que al desarrollar FA, conduzca por la vía en forma anterógrada también sería poco probable.

En el segundo caso si no desaparece y aumenta la preexcitación, lo ablacionaría, no haría estudio electrofisiológico, de plantear un procedimiento invasivo, directamente ablación, al menos esto hacemos por estos lados de Mendoza,

Un saludo a todos,

Francisco Femenia

Estimado Dr Riera

La presencia de ondas q importantes en cara inferior indican claramente dirección del haz a cara posterior. Si tomamos el esquema de Fitzpatrick vemos que la transición está a la izquierda de V2, hablando de vía derecha. Si afinamos, la transición está entre V3 y V4 con delta negativa inferior, eso habla de lateral derecha. En resumen pósterolateral derecha. Si uso el esquema de Bayes, no hay delta negativa en derivaciones izquierdas y sí la hay en cara inferior, con ausencia de Rs o RS en V1-2 via pósterolateral derecha.

Le reitero que mi apellido es L A V E R G N E

Estimado profesor, un cordial saludo.

Estimado amigo, Dr. L A V E R G N E (perdón por mi error). Yo sigo el algoritmo de Lindsay, publicado en Circulation (Lindsay BD, et al. Am J Cardiol 1987; 59:1093-102). Este autor divide las ubicaciones de haces paralelos en cinco regiones, llamadas I a V con números romanos.

Las cinco regiones de Lindsay

Región I: lateral izquierda

Región II: posterior izquierda

Región III: póstero-septal. Éste es nuestro caso.

Región IV: pared libre del VD

Región V: ántero-septal.

Las que originan FA paroxísticas, que pueden confundirse con BDAM, son las regiones III y IV.

Este autor toma en cuenta la polaridad de la onda delta, el SAQRS en el plano frontal, el tipo de transición de la onda R en las derivaciones precordiales, y la concordancia entre el patrón ECG y el sitio del haz accesorio, determinado por el mapeo computarizado por catéter e intraoperatorio.

Región I, lateral izquierda: onda delta negativa en DI o aVL, SAQRS no desplazado y área de transición desplazada a la derecha o precoz.

Región II, posterior izquierda: onda delta negativa en DII, DIII y aVF y onda r prominente en V1.

Región III, póstero-septal: onda delta negativa en DII, DII y aVF, SAQRS superior y onda R < S en V1. Transición entre V2 y V4. Ésta es la región de nuestro caso.

Región IV, pared libre del VD: onda delta negativa en aVR, SAQRS no desplazado y transición en el precordio en V3.

Región V, ánteroseptal: onda delta negativa en V1 y V2, SAQRS no desplazado y transición en el precordio entre V3-V5.

Estimado Dr. Lavergne, mi apellido no es Riera, ¡soy Pérez Riera!

Cordialmente,

Andrés R. Pérez Riera

Quando existen tantas clasificaciones para explicar una misma entidad, ¿CUAL TENDRA LA RAZON?

Atte

Carlos Lavergne

Concuero com usted estimado Dr. Lavergne

Andrés R. Pérez Riera