

Niña de 12 años con vía anómala y episodios frecuentes de TPSV – 2010

Dr. Francisco Femenia

Querido Edgar ya que estamos con el apasionante tema de las vías anómalas (VA), someto a consideración el siguiente caso clínico:

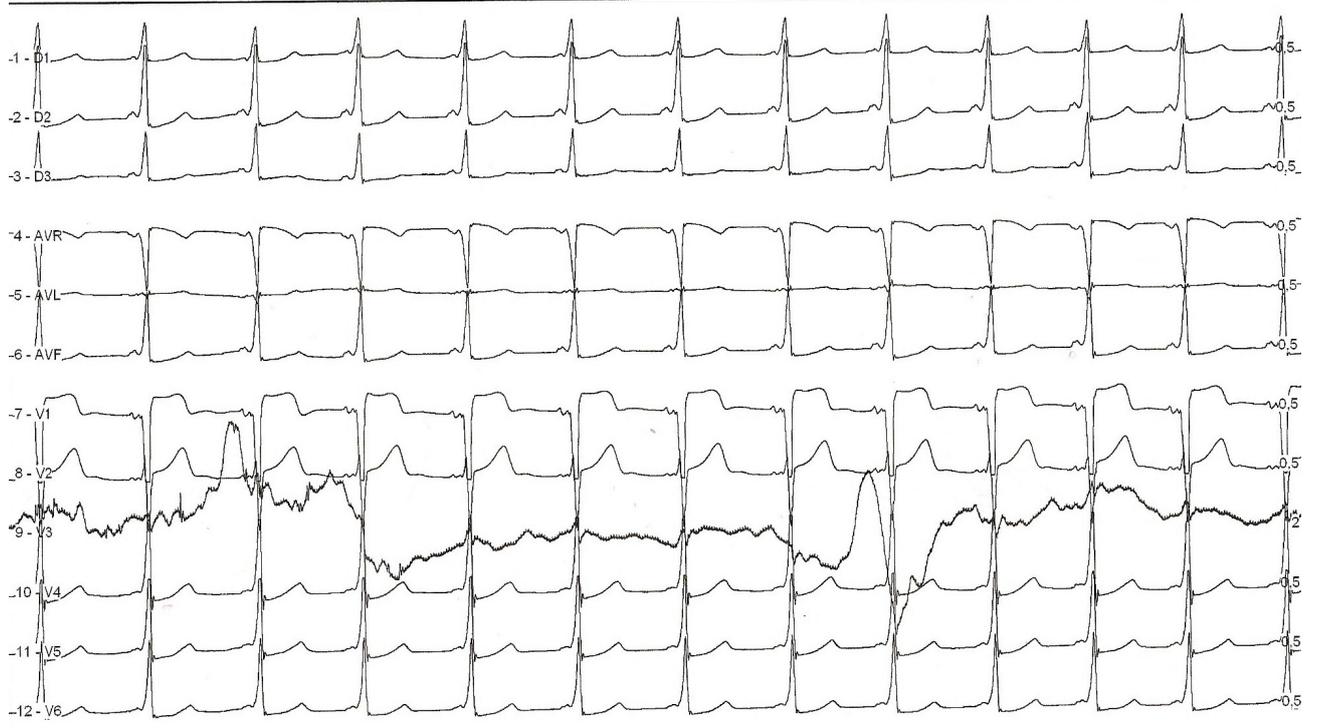
Sexo femenino, 12 años de edad, episodios de taquicardia paroxística supraventricular ortodrómicas (QRS angosto) desde los 6 años de edad, a pesar de tratamiento con ATENOLOL 50 MG/DIA y luego sustituido por AMIODARONA 200 MG/DIA, motivando en 6 oportunidades su internación, revertidas con antiarrítmicos (adenosina en 2 y verapamilo en 1). No ha presentado presíncope o síncope, solo las crisis de palpitaciones rápidas. Corazón estructuralmente sano y sin otro tipo de antecedentes.

Con diagnóstico de Síndrome de WPW:

- 1- ¿cuál es la localización probable de la VA?
- 2- ¿Están de acuerdo con el tratamiento farmacológico instaurado?
- 3- ¿Plantearían algún otro estudio no invasivo/invasivo y por qué?
- 4- ¿Plantearían la ablación por catéteres?
- 5- ¿Podría ser útil la utilización de crioablación (ablación por frío)?

Saludos

Francisco Femenia



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Francisco, amigo mio.

Apasionante o es tu maravilloso ECG!

Junto a Andrés, podrian escribir un libro de neologismos (APACIONANTE: en camino a la pasión de aprender ortografía) ¿Te gusta la definición?

Vamos a tu caso:

1. Ánteroseptal derecha, entre hora 12 y hora 2, cerca del His, a priori, de las difíciles.
2. En Queen's las abordamos convencional y si la mapeamos cerca del His, usamos el crioablador
3. Esta enfermedad se CURA con ablación, y se la COMPLICA con drogas antiarrítmicas

Abrazo apasionado,

Adrián Baranchuk

impresiona vía ánteroseptal. No soy electrofisiólogo, pero la frecuencia de eventos y la mala respuesta. a drogas obligaría a hacer "algo más". Los comentarios dicen que estas vías, al ser ablacionadas, pueden ocasionar bloqueo A/V- No tengo informaciones con crioablación. Para ello sería importante escuchar experiencias de Adrián. Simplemente me llegó el mail cuando estaba revisando los mensajes y como hoy estoy algo comunicativo (ganó mi querida banda...) envió el mensaje al foro.

Un fuerte abrazo

Carlos Lavergne

Estimado Dr Femenia: muy lindo caso, sabe que no soy electrofisiólogo, me extraña a pesar de las posibles complicaciones no intente hacer lo imposible por ablacionar la vía, aún tratándose de las difíciles como se refirió el Dr Adrian.

Ud mismo dice justamente que cura con el procedimiento. No voy a opinar si la mejor droga sea ella amiodaronal (hipotiroidismo, fibrosis pulmonar), haría lo imposible por realizarle la ablación en las mejores manos obvio (las tuyas he oído son de esas), tiene sus riesgos pero Ud puede devolverle una calidad de vida normal a la paciente, sin complicaciones por drogas, exclusión de las mayorías de las actividades que los demás chicos de esa edad realizan, el pasar por los hospitales durante su infancia, etc..

Si yo fuera el cardiólogo que la sigue la pondría en sus manos sin dudarlo y le pediría intentara la ablación. Aún sabiendo que tal vez si las cosas no van bien requiera de un marcapasos, igual no dudaría en pedirselo. y si no fuera mi paciente y fuera mi hija? pensaría exactamente igual.

Un abrazo Dr Francisco

Martin Ibarrola

Estimados Amigos les envío las recomendaciones para participación en deportes competitivos en atletas con enfermedad cardiovascular, extraídas de la revista European Heart Journal (2005) 26, 1422–1445 doi:10.1093/eurheartj/ehi325.(si no lo tienen me avisan que les mando)

Para el caso de Pre-excitación Ventricular.

Ventricular pre-excitation (WPW syndrome) and:

- a) Paroxysmal AV reentry tachycardia
- b) AF or flutter
- c) Asymptomatic pre-excitation pattern

Evaluation

a, b,c) History, ECG, Echo, EP study

Criteria for eligibility

a, b) Ablation is mandatory After catheter ablation: if no recurrences, no cardiac disease

c) Ablation is recommended but not mandatory.

Recommendations

a, b) All sports

c) Asymptomatic athletes at low risk and not ablated: all sports, except those with increased risk

Un abrazo

Guillermo Acosta

Catamarca

Argentina

Ahi va el caso de WPW, y mi querido Martin, yo la ablacioné sin dudarle pero con mucho cuidado, la idea era plantear este caso al foro donde hay un gran número de cardiólogos con mucho criterio como vos, pero justamente son las VA en las cuales ya entrás con más de un plan, y Jorge Gonzalez Zuelgaray, comentó su experiencia exitosa con crioablación, de hecho creo es el único en Argentina que la utiliza y por suerte, ya que eventualmente tenemos algún lugar donde poder referir nuestras prudencias o nuestros fracasos en estos casos que pueden ser un poco más complicados.

Era una vía ánteroseptal en el contexto de un SWPW (taquicardias a repetición aún con tratamiento farmacológico); antes de seguir algunos comentarios, yo no le hubiera dado ni betabloqueantes, que aparentemente el fundamento de su utilización en estos casos o es lo que yo conversé con el cardiólogo de cabecera, es para que si tenía taquicardia no fueran tan rápidas (dejo a ustedes el debate de este concepto).

No hubiera utilizado tampoco amiodarona, y no por mala droga para estos casos, sino porque la paciente era de corta edad y en teoría si no se plantearon la ablación antes de 3 años, es un tiempo suficiente para efectos colaterales algunos definitivos (hipo o hipertiroidismo)

Si no le plantean la ablación, yo hubiera indicado flecainida o propafenona (esta última es más cómoda de dar en niños por su farmacocinética) en dosis de acuerdo al peso de la niña.

Con que me podía encontrar durante la cartografía, en la región ánteroseptal una sola cosa, potencial auricular, seguramente el de la vía accesoria y ventrículo, sin poder tal vez visualizar el His y con estimulación auricular toda la conducción era por la vía accesoria, así que tomé claros reparos anatómicos, especialmente la boca del seno coronario para tener claro la base del triángulo de Koch y después me fui para el vértice donde supuestamente está el His.

Lo que hice fue con potencial de vía posicionar lo más verticalmente posible el catéter de ablación (mirando hacia hora 2) y empujar hacia el ventrículo sin perder la vía y con muy poca auricular y probé con poca temperatura para tantear el comportamiento del nodo AV. Como no pasó nada subí la temperatura, y apenas empezó la aplicación desapareció la vía accesoria, y no había His, completé creo que unos 40 segundos en total, con el catéter estable, esperamos unos 30 minutos posteriormente.

Hicimos los test basales y con isoproterenol y nos fuimos, y hasta ahora sin recidivas, si quedo algo residual me dejó de importar, porque eventualmente si recidivara, cosa que no creo, tenemos una nueva oportunidad o lo invito a Jorge para que además me explique lo de la crioablación y todos contentos.

Saludos

Francisco Femenia

Querido Francisco, ves dije que estaba en las mejores manos. Y aún sino hubiera resultado, no cambiaría mi concepto.

Muy lindo caso la verdad, de esos que enseñan a tener el pulso firme al tener que tomar una decisión. Obviamente dije desde el principio en la pondría en las mejores manos y experiencia.

Me alegra la hayas devuelto a esa chica su vida normal, cada día que corra, juegue y mil experiencias más que vivirá, seguramente se acordará de vos.

Te mando un abrazo y espero disfrutes de la fiesta de la vendimia

Martin Ibarrola

Francisco, ¿acostumbras a realizar ablación de vía ánteroseptal con un solo catéter sin referenciar el HIS?

Abrazos y felicitaciones

Carlos Rodríguez Artuza

Querido Carlos

¡Qué lindo que estés en el foro, para cuando más de tus brillantes comentarios!

La técnica de ablación con catéter único fue desarrollada por Kuck a mediados de los 90 (aunque en su centro en la actualidad se pongan 4 como en el mío).

Esta bien descrita y publicada, algunos la han adoptado como Brugada y Femenia, y otros no.

En centros académicos, es casi mandatorio poner todos los catéteres, porque es la única verdadera manera de explicar absolutamente todo lo que pasa de manera veraz y eficiente (generalmente los días son de 3 ablaciones mínimo).

Hay algunas excepciones a esto, por ejemplo, Femenia entrena Fellows y hace la mayoría con catéter único, pero tiene la inteligencia de mover ese catéter para determinar todos los posibles mecanismos involucrados. Además me consta, que si se traba, mete todos los que haya que meter.

En esencia: 1 vs 4 tiene más que ver con la economía del centro (plata + tiempo) que con un concepto técnico-científico.

Abrazo Carlos, y si hay luz, prendete a la PC y comparte tus días con nosotros

Adrian Baranchuk

