

# Joven de 18 años con patrón ECG de WPW – 2002

Dr. Edgardo Nuñez

Amigos del Foro de arritmias, he seguido muy atentamente una discusión sobre el WPW asintomático, y esperaba con ansiedad la opinión del Dr Andrés Pérez Riera, con quien en estos meses he aprendido mucho.

Esto es motivado por la preocupación que me ha motivado un paciente que vengo viendo desde hace años, desde su niñez, actualmente tiene 18 años, y es portador de un WPW totalmente asintomático, con reiterados Holter que solo muestran el patrón de preexcitación, con ergometría que no hace desaparecer este patrón, pero que son normales. Este joven, practica deportes, y en su niñez corría en Kart.

Actualmente ha concurrido ha solicitar evaluación para competencias automovilísticas de mayor envergadura (Fórmula 3) y me ha motivado la duda de si sería conveniente realizarle un EEF y eventual ablación del haz de Kent. Creo que el paciente se asemeja bastante al del Dr. Chambo, pero me gustaría enriquecer la discusión con este paciente, sobretodo que el Dr. Andrés Pérez Riera, nos ilustre con sus extensas exposiciones. (Salvo que esté muy preocupado porque Felipao no lleva a Romario)

Saludos desde Punta del Este

Dr. Edgardo Núñez

---

## OPINIONES DE COLEGAS

Con respecto al WPW asintomático, yo no le haría nada si es un WPW tipo B de Rosenbaum (con haz accesorio en el ventrículo derecho) pues no dan taquiarritmias tan rápidas y los síncope o episodios fatales por arritmias rápidas que degeneran en FV son rarísimos casi se podría decir que no existen.

Sí le haría una ablación en un haz localizado a la izquierda aún asintomático y más si es un paciente de riesgo (laboralmente o deportista) pues la descarga adrenérgica favorece la conducción por el Haz y la posibilidad de una taquiarritmia rápida o la FA tan temida puede provocar una Muerte súbita como primer episodio. Así también los haces medioseptales que estén cerca del Haz de His.

Con respecto al resultado de una ergometría el no desaparecer la preexcitación en un joven hable de un período refractario de la vía menor a 270 mseg lo que manifiesta la capacidad de ese haz de provocar conducción A-V con alta frecuencia en el caso de una FA y así degenerar en FV.

Resumiendo, en haces izquierdos o paraseptales izquierdos, con períodos refractarios cortos y más en poblaciones de riesgo, sí se debe ablacionar siempre.

Marcelo Domingo Benassi

---

Estimado colega:

Aunque no escribo tan prolíficamente como Andrés, creo tener alguna experiencia como para contestar:

Este paciente no se parece para nada al de Marcelo. Es un competidor de kart, puede padecer casi síncope mientras conduce y es un peligro para su vida y la de los demás. Si desea seguir conduciendo competitivamente (es bueno o pierde siempre?) lo mejor es realizar una ARF de su vía accesoria, sobre todo si está alejada del haz de His. Nosotros vemos muy frecuentemente pacientes jóvenes que desean ingresar a la escuela de aviación o al profesorado de educación física en la ciudad de Córdoba, Argentina, y la preexcitación es una causa excluyente. Por lo tanto, aún asintomáticos, si desean seguir con la idea de esas profesiones, la única solución es ARF.

Saludos y hasta pronto

Daniel Boccardo, MD,FACC

Jefe Laboratorio de Arritmias

Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba

Director, Escuela de Cardiología  
Universidad Católica de Córdoba

Prezado Amigo Nuñes de la maravillosa Punta del Este Uruguay (que envidia tenho de voce!!!!!!!!!!!!): ja que estás está pidiendo um explicação mais detalhada sobre o manuseu do WPW e para não desfraudar a tua "ansiedade" "vai com fritas" com diz meu querido amigo Edgardo a nossa ótica em materia de conduta no WPW .

Seguimos o seguinte esquema:

1) assintomáticos (80%):

- a) sem cardiopatia associada.
- b) com cardiopatia associada.

2) sintomáticos (20%)

- a) sem cardiopatia associada.
- b) com cardiopatia associada.

1) Assintomáticos: estratificar o risco em forma não invasiva com Anamnese, ECG/VCG, Holter, TE e ECO:

A) Anamnese:

a) história clínica minuciosa procurando fazer lembrar ao paciente de eventos que tenham ocorrido ao longo da vida. Mesmo atualmente assintomáticos a referência de sintomatologia no passado para fim de estratificação do risco devem ser considerados sintomáticos.

b) determinar o tipo de atividade do paciente no sentido de saber se o mesmo tem profissão ou atividade esportiva de risco individual ou coletivo: corredor de carro ou moto, motorista de ônibus, piloto de avião ou helicóptero, pára-quadista, trabalhadores de andaimes, atleta de alta performance etc.

c) se é portador de patologia que propicie maior facilidade para o aparecimento de FA: estenose mitral, hipertireoidismo, hipertrofia miocárdica importante, MH, Ebstein, etc.

B) ECG/VCG:

1) Delta negativa em V1: do VD: associado a:

- a) Delta negativa nas inferiores: Pósterio-septal.
- b) ÂQRS inferior: ântero-septal.

c) ÂQRS esquerdo: parede livre do VD

2) Delta positiva em V1: do VE.

a) Delta negativa nas inferiores: Pósterio-septal.

b) Delta negativa nas esquerdas: Lateral esquerdo.

Intermitência espontânea: benignidade.

C) Holter/24h:

a) flagar eventuais eventos taquiarrítmicos.

b) registrar intermitência espontânea da pré-excitação: benigno p/via acessória com período refratário longo.

c) Pode registrar taquicardia por macrorreentrada ou taquicardias atriais pré-excitadas que podem indicar maior risco de morte súbita.

D) TE:

via estímulo adrenérgico - pode facilitar a condução pela via normal diminuindo ou abolindo a condução pela via em paralelo.

1) Diminuição do grau de pré-excitação: (50%) afasta via anômala com período refratário anterógrado curto.

2) Abolição súbita da pré-excitação: (18%) via acessória com período refratário longo (benigno).

3) Manutenção do padrão de pré-excitação pré-esforço: não indica necessariamente alto risco.

4) Indução a surtos de taquiarritmias: TPSV ortrodômica, antidrômica ou FA.

Valor do TE:

1) baixa sensibilidade para provocar arritmias.

2) eventualmente permite analisar o comportamento da via acessória durante o estresse físico e assim, pode mostrar macrorreentrada ou taquicardias atriais pré-excitadas indicativas de maior risco de MS.

3) pode ser útil para identificar pacientes com baixo risco de MS: desaparecimento da pré-excitação no pós-esforço.

E) ECO: diagnostica se o WPW é isolado ou associado a cardiopatias que aumentem as chances de aparecimento de FA: estenose mitral, MH, CIA, Ebstein, etc. Indicado EEF com o intuito de determinar a medida do menor intervalo RR pré-excitado: se menor do que 250ms: via acessória com período refratário curto e com maior risco de MS. Conduta: ablação.

MS no WPW é um fato raro e catastrófico sendo mais raro recupera-los de este evento. A conduta de escolha nestes casos é ablação. Jamais tentar usar fármacos em pacientes com WPW recuperados de MS. A estratificação do risco realiza-se mediante a determinação do potencial de desenvolver FA e/ou o estudo EEF: período refratário anterógrado da via acessória for menor que 250ms risco de MCS Conduta: ablación. Consideram-se pacientes com tendência a FA aqueles com via anômala de localização pósteroseptal manifesta, sexo masculino e idosos.

#### Conclusões

É muito importante desde o ponto de vista terapêutico procurar determinar as características da via ou vias acessórias. Assim, de acordo as propriedades eletrofisiológicas das vias o WPW foram classificados por Brugada como:

WPW com via lenta.

WPW com via rápida: período refratário anterógrado menor do que 270ms e período refratário efetivo ventricular menor do que 220ms.

Registro de intermitência espontânea no ECG, VCG ou Holter:

WPW com via lenta: indica via acessória lenta.

WPW com via rápida: afasta esta hipótese

Desaparecimento da pré-excitação intra ou pós esforço:

WPW com via lenta: indica via acessória lenta.

WPW com via rápida: afasta esta hipótese.

Estudo eletrofisiológico invasivo:

WPW com via lenta: menor intervalo RR pré-excitado maior do que 250ms

WPW com via rápida: menor intervalo RR pré-excitado menor do que 250ms.

Presença de taquiarritmia com caráter sustentado:

WPW com via lenta: Excepcional

WPW com via rápida: Orienta. Aumenta a chances de MS.

Intervalo RR pré-excitado menor do que 250ms: Ablación.

Observação: amigo Nunes não tenho preocupação se Romário nao foi convocado por Filipão, porque apesar de meus 20 anos de Brasil em matéria de futebol soy hincha de Argentina. Mais te comento que um sinal indireto da influencia lusitana no meu coração é que quedo muito triste quando Argentina ganha do Brasil. Trata-se de um sentimento dual, quero e nao. Tenho uma dupla condução: neste aspecto me asemelho ao WPW.

Andrés R Pérez Riera

