

# **Adolescente do sexo feminino assintomática que na avaliação pré-esporte é detectada via anormal – 2010**

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Paciente adolescente, (15 anos) feminina, branca, natural e procedente de Santo André São Paulo Brasil, estudante regular da segunda série escolar. Assintomática  
Motivo da consulta: avaliação para prática de atividades físicas competitivas (modalidade Handebol).

Antecedentes pessoais: nada digno de nota. Antecedentes familiares: negativos.

Exame físico: normal.

Perguntas

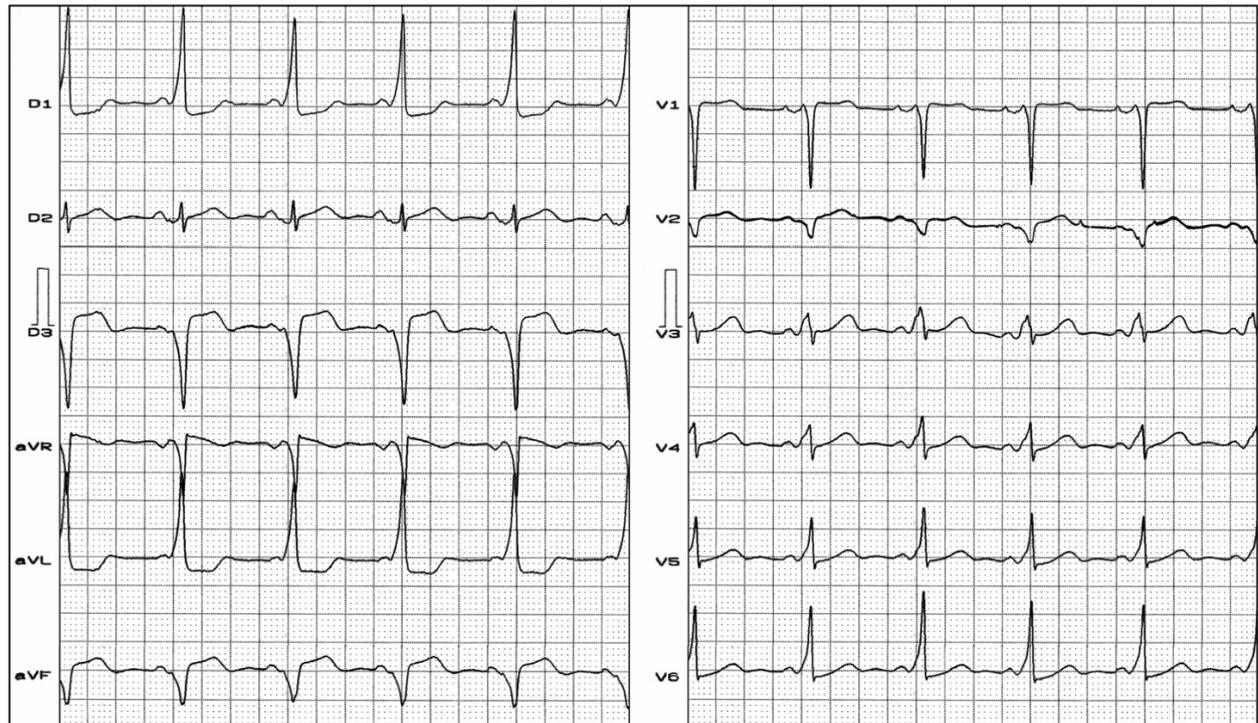
- **Qual a conduta adequada neste caso?**
- **Qual a localização do feixe anômalo? E porque?**

**Name:** CLS  
**Weight:** 58 Kg

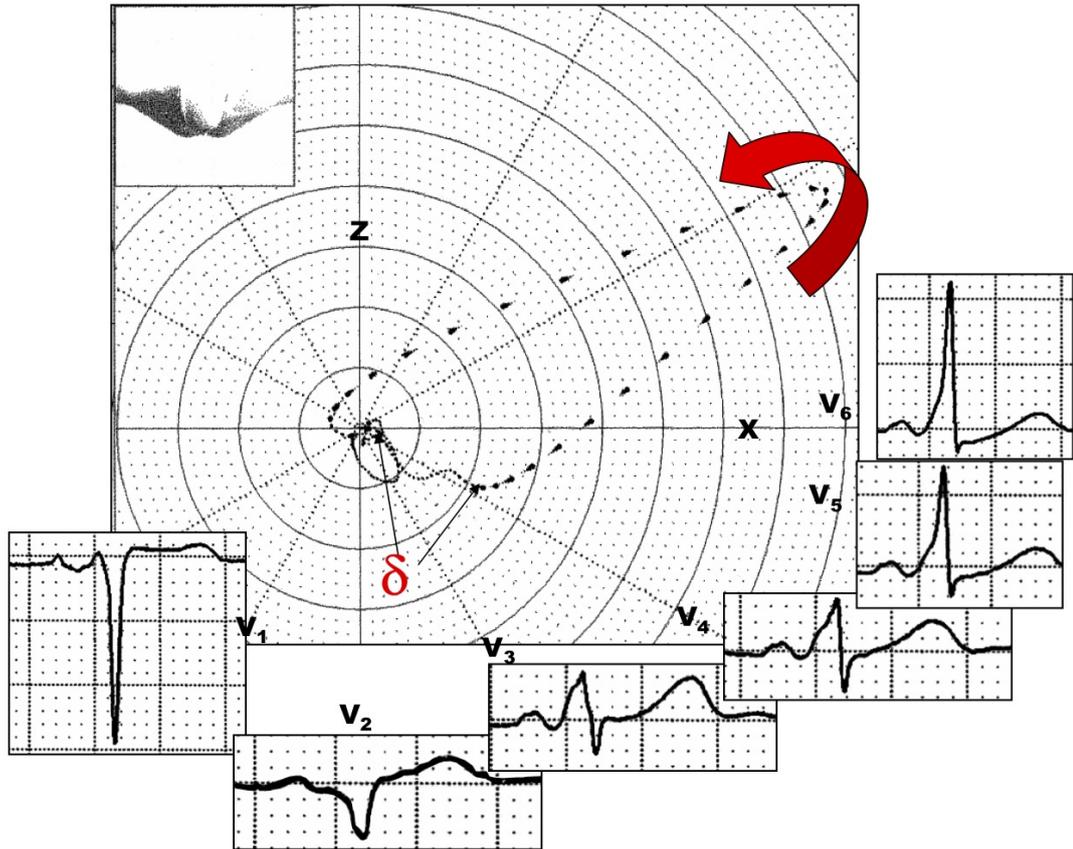
**Gender:** Female  
**Height:** 1,58 m

**Age:** 15 yo.  
**Date:** 02/26/2010

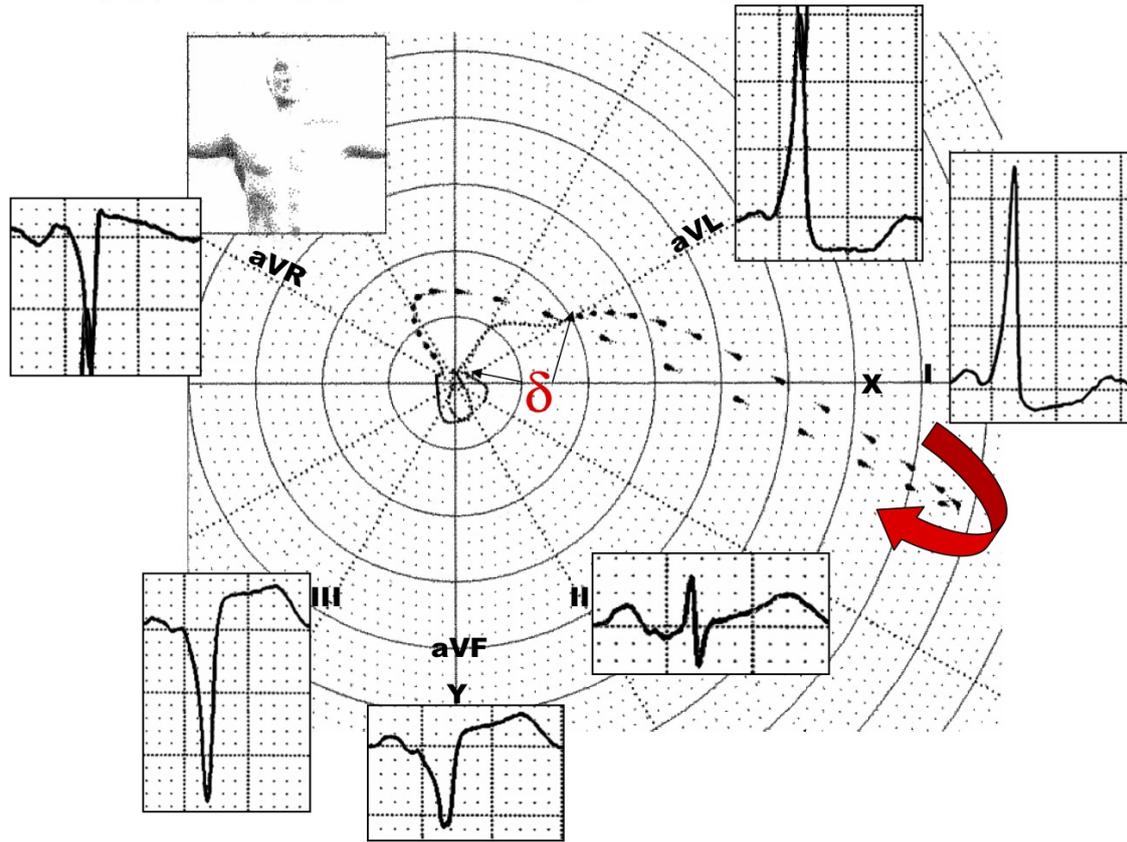
**Ethnic Group:** Caucasian



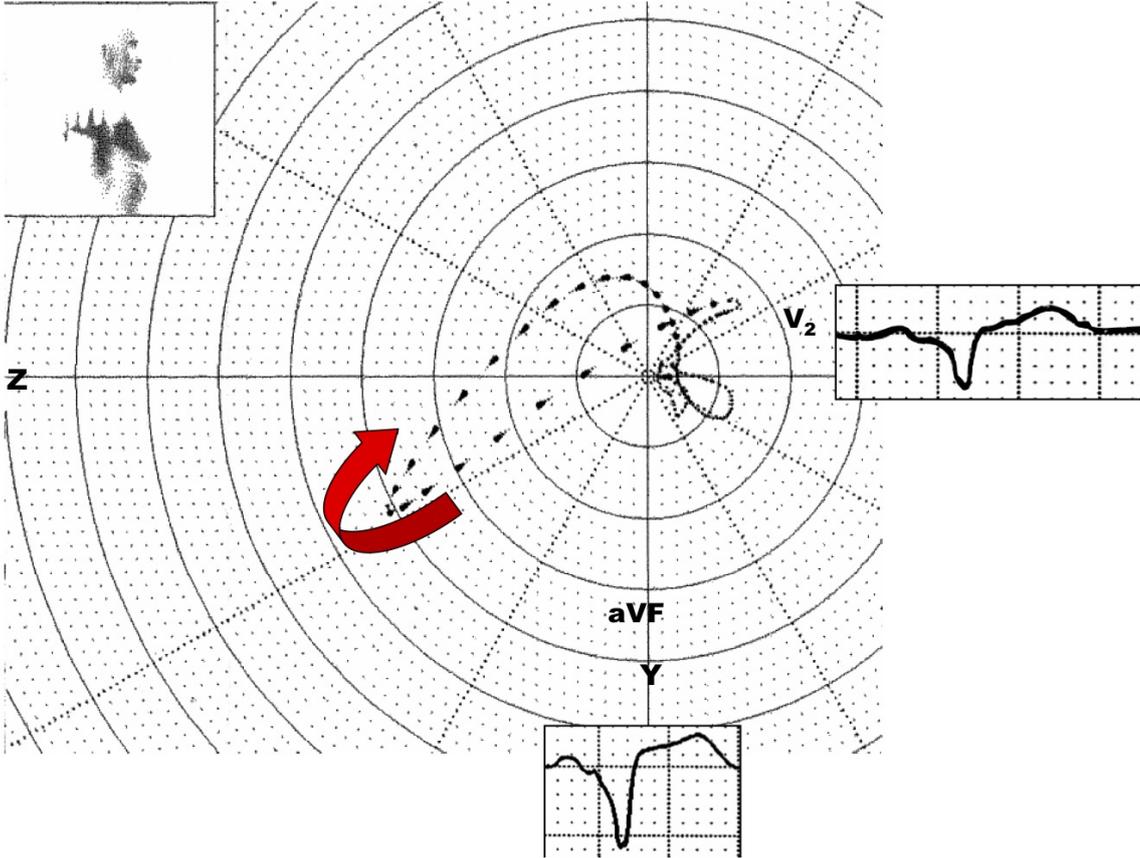
# ECG/VCG CORRELATION HORIZONTAL PLANE



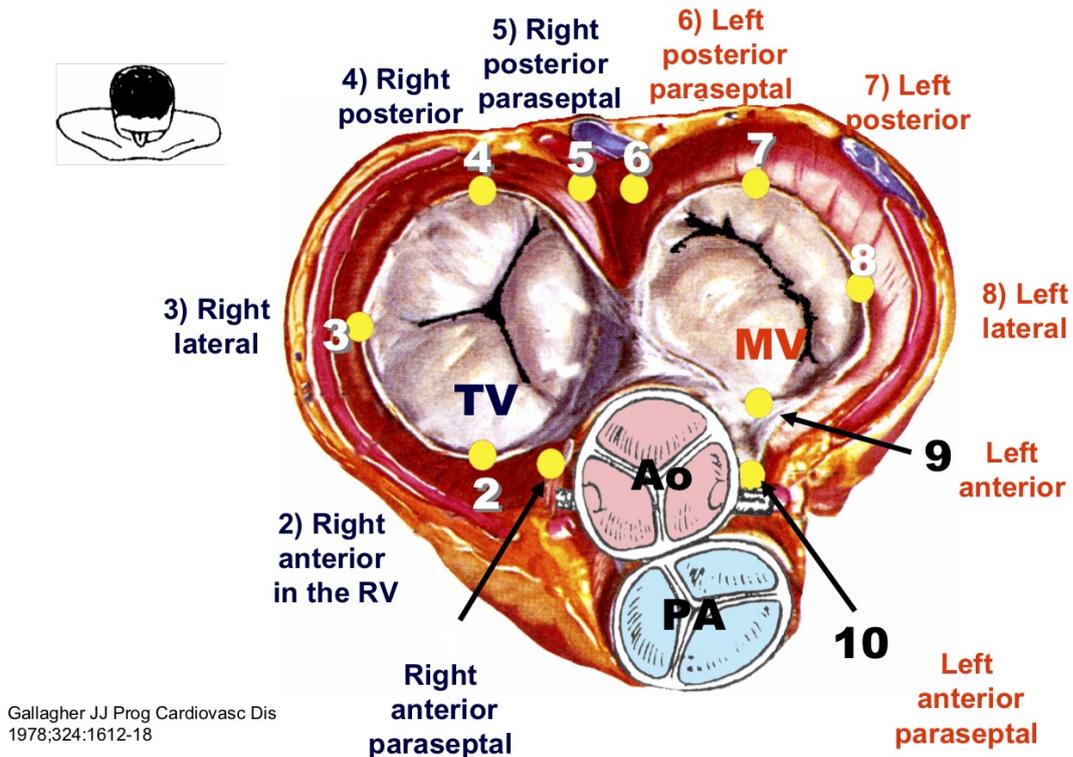
# ECG/VCG CORRELATION FRONTAL PLANE



# ECG/VCG RIGHT CORRELATION SAGITTAL PLANE



# LOCATIONS OF ANOMALOUS PATHWAYS IN WPW



Where is the location of anomalous pathway in this case?

## OPINIONES DE COLEGAS

Hola Andrés, muy lindo caso.

En mi opinión, tengo 2 razones para proponerle directamente la ablación, una porque tiene preexcitación y otra porque además quiere hacer deporte, más allá de las implicancias de los síndromes de preexcitación y el riesgo de MS, ninguna asociación deportiva la autorizará, por lo que hay un motivo más.

Yo creo que esta VA es derecha, y lo más probable, lateral, ya que la transición está en V3 con un V2 negativa y DII positiva, si la transición estuviera en V2 empezaría por la región pósteroseptal y cercana al seno coronario (pero tendría que tener DII bien negativa)

inclusive en la boca del mismo.

Concluyo: propongo ablación por radiofrecuencia y empiezo por el lado derecho, región lateral más probable del anillo tricuspídeo. Lamentablemente estas vías pueden ser bastante fáciles de cartografiar, el problema es la estabilidad del catéter para lograr un buen contacto y eliminarla, por lo que tal vez haya que utilizar una vaina larga para mejor apoyo del mismo,

Saludos

Francisco Femenia

---

Querido Maestro Pérez Riera:

1. La paciente claramente presenta un WPW, de acuerdo a las guías aunque se encuentre asintomática y no presente ninguna arritmia en los estudios, para realizar deportes competitivos debe ablacionarse la vía accesorio, previo a la autorización para realizar los mismos. Indicación Clase I.
2. El haz anómalo impresiona paraseptal posterior derecho. En esto aguardo la opinión de los expertos del foro.

Un abrazo

Martin Ibarrola

Dr. Femenia, me encanta, Ud ya me programó la ablación e imagina modo de acceso e imagina como diría un maestro como navegaría dentro de ese corazón en búsqueda de ese haz anómalo.

Me hace pensar en un piloto que planea su vuelo de acuerdo a las coordenadas. Lo felicito; me encantó su clara manera de expresarnos como navega Ud dentro de la cavidad cardíaca, yo como cardiólogo solo coloco en un simple papel EEF y ablación. Nunca he notado lo laborioso y artesanal de su tarea.

Un abrazo

Y pongamosle pimienta, que se que a Ud le gustaría ablacionarla aunque no fuera para una evaluación precompetitiva.

¿Si fuera simplemente para una aptitud física escolar?

Yo tambien plantearía la ablación y estoy seguro concordará conmigo.

Un abrazo

Martin Ibarrola

---

Querido Martin, estos procedimientos invasivos son muy seguros, ya que en la mayoría de ellos podés armar distintas estrategias antes de comenzar, y siempre hay que tener más de un plan: A, B, C, D hasta la Z.

Ayer dije porqué creía que a mi entender era derecha, tal vez más lateral que posterior y cómo entraría en esta ablación, además en la teoría y en la práctica tener más un plan de acción o planes de contingencia te ayuda a modificar rápidamente sobre la marcha con el mayor grado de seguridad para el paciente, y hay que dejar de demonizar estos procedimientos que realmente son muy pero muy seguros, porque tenés muchos elementos de control y de seguridad antes de empezar a aplicar radiofrecuencia y otra cosa fundamental es saber cuando detenerse; es preferible un fracaso y todos los tenemos, que una complicación por "insistidor", sin dudas todo esto corre por mi cuenta, yo al menos intento trabajar de esta manera, ya que la mayoría de las veces podés programar, el año pasado ablacionamos un bebe de 1,7 Kg, por una taquimiopatía por taquicardia incesante tipo Coumel, y acá no tenes muchas opciones, pero que sea una

emergencia no justifica no planificar e ir con el mayor cuidado posible, solo metí un catéter, lo cual es un sacrilegio electrofisiológico, pero a pesar de las críticas la bebe esta muy bien, no se si la curamos definitivamente, pero si ayudamos a que saliera de la situación de emergencia, sin más daño del que ya tenía, después de este tipo de ablaciones aún el más pintado necesita unos días en un spa 5 estrellas,

Saludos

Francisco Femenia

---

Hola Andrés

Me inclino a pensar que la via es derecha y posterior.

Salud,

Adrián Baranchuk

Gracias por la explicación Francisco, con más detenimiento me gustaría presentar en el contexto de esta discusión, el mismo patrón en una paciente de esta misma edad pero un hallazgo de rutina y no para evaluación precompetitiva.

Es largo el análisis pero coincido con Ud en manos experimentadas, no está exento de complicaciones (buscaré la respectivas referencias) las mismas son bajas, y si la paciente no es deportista pero se va a tirar en parapente o paracaídas, ¿se lo permito en el contexto de se WPW?

Como dije luego con fundamentos plantearé mi impresión personal, con fundamentos científicos para discutirlo, no solo de mi mero juicio, sino es obviamente fácil refutar.

Un abrazo

Martin Ibarrola

---

Yo pienso que la vía es pósterolateral derecha y por supuesto más allá de ser asintomática y piensa en el deporte la ablacionaría, no olvido que en una oportunidad en un diálogo con el Dr. Sosa de San Pablo, él me decía que vía encontrada vía a ablacionar, Es su criterio,

Saludos

Manuel Salvador Cano.

Es difícil definir por métodos no invasivos el período refractario de una VA y el contexto sin dudas influye en tu decisión final,

Ahora ¿qué pasa en este paciente que quiere hacer deporte en forma competitiva y suponiendo presentara una VA parahisiana o medioseptal (ambas con un mayor riesgo de BAV de alto grado y posibilidad de terminar con un marcapasos, durante el procedimiento), tal vez estemos de acuerdo y lo podemos debatir, que si por distintos algoritmos nos orientamos por el ECG hacia alguna de estas localizaciones y el paciente no hace deporte competitivo y está asintomático seguramente no le plantearías la ablación por RF, pero igual el pequeñísimo riesgo de que presente una FA preexitada y derive en FV sigue existiendo, entonces en el caso primero por el tema del deporte la norma nos autoriza a decirle a la familia y al paciente que debe ser ablacionado con un mayor riesgo de complicaciones o no y en el segundo ejemplo te matarían públicamente si lo mandás a ablacionar, por lo que el límite entre lo blanco y negro es muy delgado, entonces en cualquier situación de vías de localización difícil o con mayor riesgo de complicaciones hay que tener más de un plan, y si sabemos que la única forma de entender como va a conducir esta VA, es hacerle un EEF basal y con drogas, tratando de simular condiciones de la vida real, ya que si a este paciente le hacés el EEF bajo sedación profunda, el resultado seguramente será distinto a si está despierto y ¿cual te dice la verdad? Yo estoy convencido que hay que ser prudente aún cuando la ley te diga que podés ablacionar, y buscar todas las herramientas con las que cuentes para llegar a buen puerto, si tenés una medioseptal y el paciente es asintomático pero hace deporte de alto rendimiento, antes de aplicar podés evaluarle muy bien las propiedades electrofisiológicas de la vía y de acuerdo a eso tomar una decisión, y estos casos los hemos tenido y los seguiremos teniendo, en algunos demostramos que la conducción anterógrada no era tan rápida y paramos o vamos tanteando el comportamiento del nodo AV con poca temperatura a la primer modificación me voy y listo y en otros definimos que tenemos un VA de las peligrosas con conducción anterógrada muy facilitada y seguimos adelante, con todos los recursos con los que contás, despacito y sin desesperarse, y hasta ahora por suerte no hemos bloqueado a nadie,

Saludos

Francisco Femenia

Hay 2 cosas, que el Dr Femenia desconoce TOTALMENTE:

1. El punto seguido.
2. El punto y aparte.

Ahora, en [Electrofisiología](#) es un monstruo y estoy muy orgulloso que un electrofisiólogo argentino (con el agravante de no ser porteño) sea tan brillante y preparado.

Gracias por tu clase, para el libro. Pero la tengo que puntuar yo, porque vos querido, le das a la coma como rengo a la muleta.

Adrián Baranchuk