

Características de las vías anómalas en el WPW - 2009 (traducción)

Dr. Andrés R, Pérez Riera

El síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW-S) es un trastorno caracterizado por la presencia de una vía accesorio (PA por sus siglas en inglés, *accessory pathway*) que predispone a los pacientes a taquiarritmias y muerte súbita (SD por sus siglas en inglés, *sudden death*).

Entre los pacientes con WPW-S, la taquicardia reentrante auriculoventricular (AVRT, *atrioventricular reentrant tachycardia*) es la arritmia más común y representa el 95% de las taquicardias reentrantes.

Se ha estimado que aproximadamente el 30% de los pacientes con WPW-S tienen fibrilación auricular (FA). La FA es una arritmia potencialmente mortal.

Si una PA tiene un período refractario anterógrado corto (ARP, *Anterograde Refractory Period*), la conducción repetitiva rápida a los ventrículos durante la FA puede resultar en una respuesta ventricular rápida con degeneración subsiguiente a fibrilación ventricular (FV).

El ARP de la AP es el principal factor determinante de la frecuencia ventricular durante la FA en el WPW-S.

La paradójica recuperación temprana de la propagación debido a la conducción supranormal anterógrada bien dentro de un ARP prolongado en la AP, puede desempeñar un papel relevante para determinar la tasa de respuesta ventricular durante la FA, lo que eventualmente conduce a frecuencias ventriculares extremadamente rápidas, síncope e incluso FV en los pacientes. con WPW-S se suponía a priori estar expuesto a un bajo riesgo de MS.

Esto puede requerir condiciones muy precisas, incluida una mayor influencia adrenérgica en el corazón.

La conducción supernormal retrógrada en las AP también puede participar en el mecanismo de las taquicardias supraventriculares paroxísticas que no son fácilmente inducidas por la conducción supernormal invasiva del EPS.

La AP puede estar ubicada en cualquier lugar a lo largo de la válvula auriculoventricular.

La mayoría de los pacientes son jóvenes y no tienen cardiopatía estructural, por lo que es importante estratificar el riesgo de estos pacientes para prevenir la MS.

La subunidad gamma (2) de la proteína quinasa activada por AMP (PRKAG2) ubicada en el cromosoma 7 juega un papel importante en la regulación de las vías metabólicas, y los pacientes con mutaciones en PRKAG2 se asocian con preexcitación ventricular familiar, miocardiopatía hipertrófica y bloqueo AV.

El manejo de pacientes asintomáticos con WPW-S siempre ha sido controvertido.

La ablación con catéter de radiofrecuencia (RFCA) de AP se ha convertido en un modo de terapia establecido para pacientes sintomáticos y pacientes asintomáticos empleados en profesiones de alto riesgo.

Varios estudios prospectivos recientes evaluaron la estratificación del riesgo invasivo seguida de RFCA profiláctica en pacientes asintomáticos con patrón de WPW.

Se demostró que la inducibilidad de las arritmias en estos pacientes durante el EEP invasivo predice el desarrollo de arritmias sintomáticas futuras. Los métodos utilizados para definir el pronóstico de WPW están bien definidos.

Al principio se evalúa la tasa máxima de conducción a través de la AP; A continuación, se utiliza EPS que usa 1 y 2 extraestímulos administrados en diferentes duraciones de ciclo para determinar el período refractario de AP y para inducir una taquicardia supraventricular.

Estos métodos deben realizarse en el estado de control y repetirse en situaciones adrenérgicas durante la prueba de esfuerzo o más simplemente durante una perfusión de pequeñas dosis de isoproterenol.

La inducción de una FA con conducción rápida a través de la PA (> 240 / min en estado control, > 300 / min tras isoproterenol) es el signo de una forma de WPW con riesgo de MS.

Aunque la ablación de PA realizada en pacientes "inducibles" redujo la incidencia de arritmias sintomáticas posteriores, los estudios no tenían el poder estadístico suficiente para detectar una reducción de las arritmias potencialmente mortales.

La RFCA sigue siendo la terapia de primera línea para pacientes con WPW-S sintomático. Se puede ofrecer EPS y posible RFCA de AP a individuos asintomáticos bien informados con WPW si están dispuestos a cambiar el riesgo muy pequeño de SD o incapacidad posterior por un pequeño riesgo de procedimiento inmediato de complicaciones graves o SD.