

Wolff Parkinson White en niño de 12 años – 2000

Dr. Valentín Aragües y Oroz

Varón de 12 años, asintomático (juega regularmente al fútbol y otros deportes) hasta un único episodio de dolor precordial atípico y profusa sudoración y palpitaciones que duró unos minutos. El ECG de superficie evidencia WPW.

Se le propone (en la Fundación Favaloro) EEF y en el mismo acto casi seguro ablación por radiofrecuencia.

La pregunta es si durante la pubertad puede producirse algún cambio del haz anómalo y en definitiva no podría considerarse otra opción mas conservadora teniendo en cuenta que solo se trató de un episodio. Y a propósito cuáles pueden ser (y con qué frecuencia se presentan) las complicaciones de estos procedimientos.

Dr. Valentín Aragües y Oroz

OPINIONES DE COLEGAS

Estimados amigos:

Creo que habría que conocer dónde está ubicada la vía accesoria, para saber si es de alto riesgo para complicaciones o no. Si la vía es izquierda (como sospecho) se puede realizar el procedimiento con alto porcentaje de éxito y cura definitiva, con bajo índice de complicaciones. Hay que considerar que si bien el paciente ha tenido un único episodio de TSV, el mismo fué acompañado de dolor precordial, sudoración profusa, etc. Por lo tanto, este adolescente no puede proseguir con su vida

normal sin estar pensando continuamente que le puede volver a ocurrir y en qué circunstancias, o bien tomar un medicamento antiarrítmico todos los días de su vida como profilaxis antiarrítmica.

Las complicaciones son: si es una vía parahisiana, Bloqueo AV completo (2%), y luego las complicaciones de cualquier cateterismo: sangrado en la zona de la punción, trombosis venosa o arterial, formación de pseudoaneurisma en la zona de la punción femoral, fístulas AV, perforación cardíaca, hemopericardio, perforación de la aorta ascendente si se utiliza punción transeptal, embolia arterial si se realiza ablación del lado izquierdo, disección de arteria coronaria, perforación de la válvula aórtica, etc. El porcentaje de complicaciones es muy bajo (0.5%), y desde el punto de vista de los beneficios esta más que justificado el procedimiento. Además, el

Centro que ha propuesto el procedimiento es de primer nivel...

Con respecto a la desaparición espontánea de la vía accesoria con el crecimiento, está descrito en la literatura, pero en mi experiencia personal y la de otros colegas a quienes he preguntado, no es algo que ocurra con frecuencia...

Gracias por permitirme opinar sobre un tema tan interesante.

Dr Daniel Boccardo

Permítanme aportar mi humilde opinión en este caso; en nuestro centro consideramos precisamente como edad límite los 12 años para aplicar la ablación con radiofrecuencia como método curativo en vías accesorias salvo que sea un caso que por sus características (muerte súbita por Fibrilación auricular en Vía accesoria) lo determine, hecho éste muy infrecuente a estas edades por los mecanismos propios de la FA; consideramos esta edad como límite por la experiencia recogida en la literatura de la posibilidad de crecimiento de la lesión ablativa acompañando al crecimiento propio del individuo, en nuestro casos tenemos más de una decena de casos de edades similares realizadas con radiofrecuencia sin ninguna complicación,

En cuanto a la desaparición de la preexcitación con el crecimiento nos parece una edad ya muy avanzada para que esto ocurra; ésto lo hemos visto en el primer año de vida sobre todo, nunca después.

Si bien el paciente ha presentado una sola crisis por demás no registrada pensemos en la posibilidad de arritmias que puedan llevar al traste con la vida del paciente que debutan de manera brusca, además del inconveniente de los antiarrítmicos más en un muchacho a esta edad.

Abogamos por la pronta ablación con radiofrecuencia en esta caso.

Gracias por permitirme opinar

Dr. Jorge Luis Arbaiza
Instituto de Cardiología
La Habana Cuba

Queridos amigos:

El Dr. Valentin Araguez y Oroz nos informa que el niño que motivara la consulta de la semana anterior fue finalmente ablacionado con éxito.

.... *"pero no tenía idea de que fuera un procedimiento tan trabajoso, entró a las 8 AM a la sala y salió a las 17 hs, con apoyo anestésico en el medio"*

¿Algún comentario de nuestros distinguidos electrofisiólogos acerca del procedimiento, dificultades más frecuentes, etc?

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Me llama poderosamente la atención el comentario del colega.

Lo que sí puedo decirles con toda seguridad que nunca un procedimiento dura ni debe durar 9 horas.

En nuestra experiencia si luego de 3 horas no se consiguió el efecto terapéutico deseado, se debe dar por finalizado el procedimiento. Uno debe plantearse que la dificultad puede deberse a una vía epicárdica, ancha u oblicua. Todas estas situaciones pueden ser resueltas en un segundo procedimiento cambiando la estrategia que en este caso estaría indicado la realización de la punción transeptal.

Recalco que la duración prolongada del procedimiento se asocia con tiempos de radioscopía prolongados nocivos mas aún en pacientes pediátricos y aumenta la incidencia de infecciones.

Otra consideración es considerar la fatiga del operador que dificulta la obtención de un resultado exitoso

Fernando Scazzuso