

Paciente masculino de 67 años que presenta FA en el contexto de un síndrome de WPW - 2008

Dr. Luis Roca

Querido Edgardo

Este paciente, varón, de 67 años, ingresa a UCO por palpitaciones y disnea.

Tuvo 1 episodio de palpitaciones hace 1 año que cedieron espontáneamente y que ya casi no recuerda.

Este episodio tenía unas horas de evolución.

El médico de cabecera le registra el ECG N° en papel verde. que interpreta como una FA vs. TASV con aberrancia.

Le coloca amiodarona E.V., y el ECG, de 12 hs posteriores es en ritmo sinusal, papel rosado.

El eco muestra leve dilatación de AI (42 mm) y VI normal (51 mm). No es hipertrófico. Y mirándolo con muy malos ojos, podríamos decir que tiene leve hipoquinesia en séptum basal. El resto se contrae bien. No hay problema de válvulas.

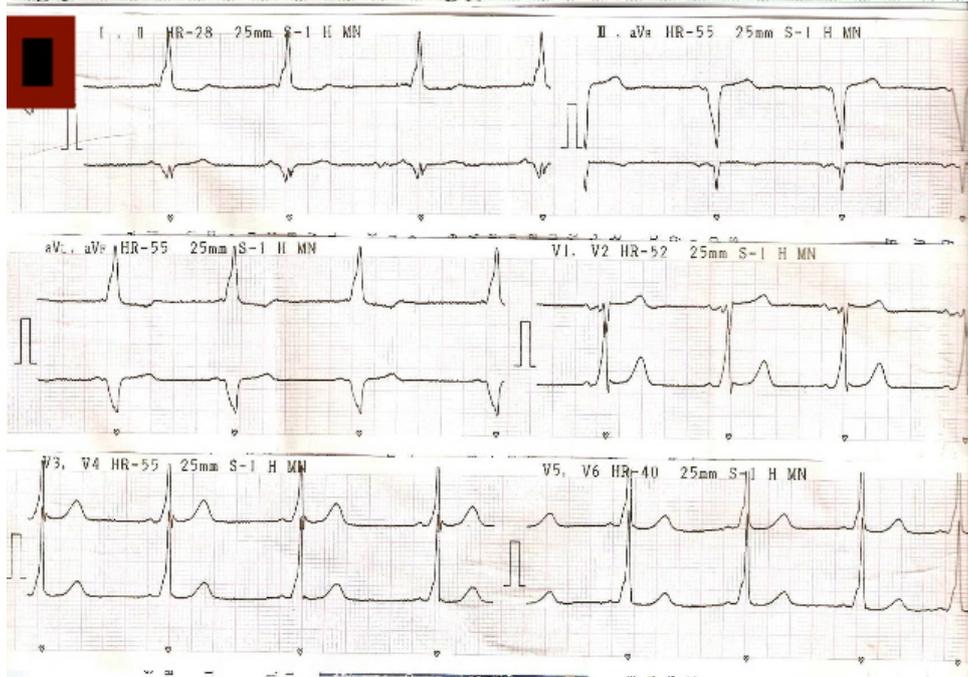
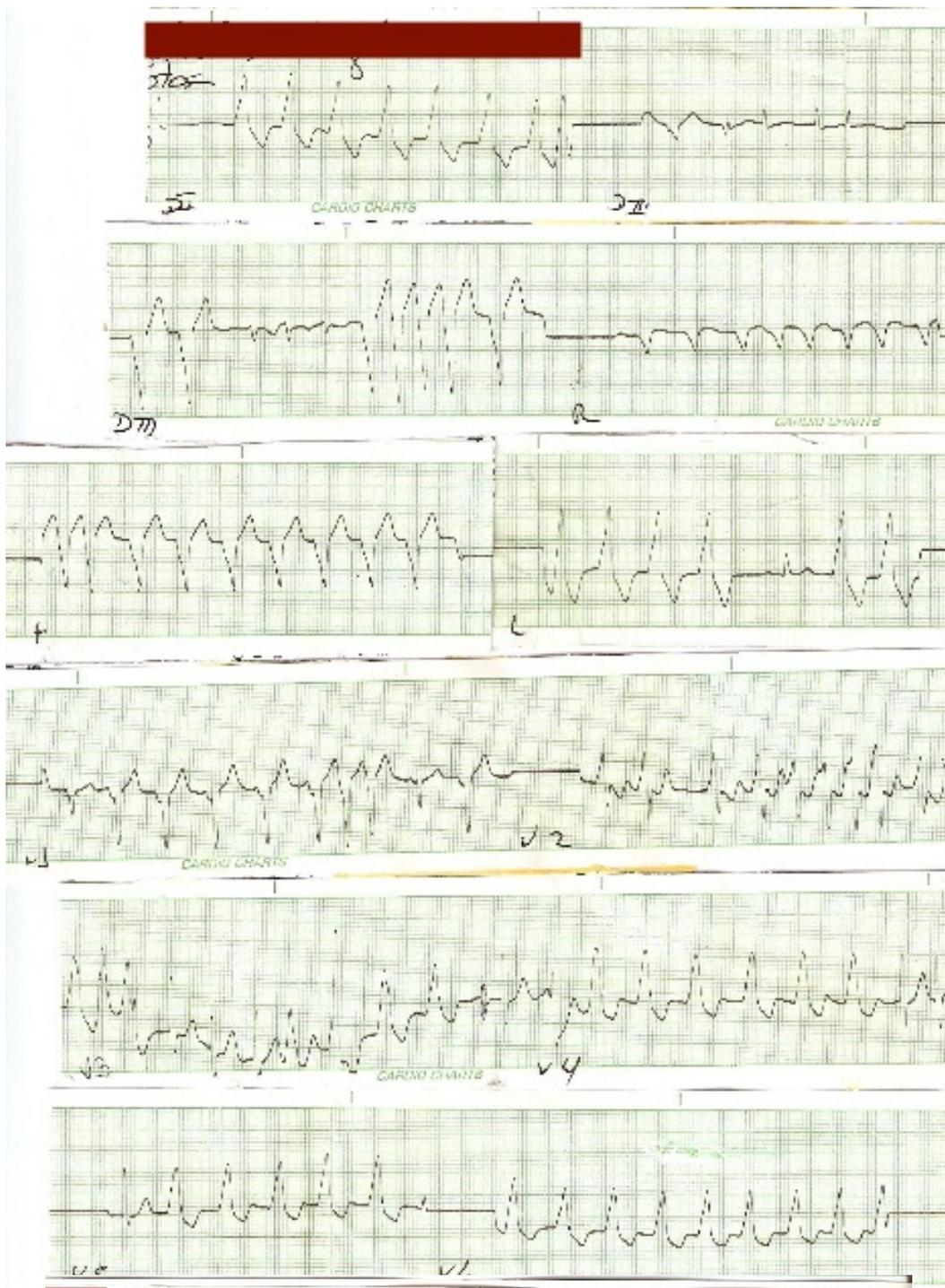
¿Qué opinan del colgajo en DIII y V1?

Actualmente está compensado y ahora hay que pensar en medidas a tomar.

Pienso que la vía debe ser ablacionada, por que en una nueva arritmia volverá a conducir por la via accesoria.

¿Y si esos colgajos son TV? ¿qué protocolo seguimos?

Luis Roca



OPINIONES DE COLEGAS

Tiene una vía abierta pósteroseptal derecha y todo lo que estás viendo es FA conducida en distintos grados por la vía. Fijate que el eje de la taquicardia ancha es exactamente igual a los primeros 40 ms del ECG en sinusal.

Tiene indicación clase 1 A y Alfa de ablación.

Muerto el perro no tendrá más rabia.

Saludos:

Alejandro Cuesta

Querido Edgardo y amigos del foro se trata de una vía accesorio posterior derecha, ondas Q en cara inferior y QS en D1, con período refractario muy corto, "riesgo de MS" debe ablacionarse a pesar de sus 67 años .

El trazado superior es una fibrilación auricular con preexcitación. Los RR preexcitados en FA < 250.

Mientras tanto, hasta la ablación, amiodarona está bien.

Saludos

Domingo Pozzer

Tiene poca importancia si es una TV o no (probablemente sólo es una taquicardia auricular o rachas no sostenidas de fibrilación auricular preexcitada, pero el registro no es de muy buena calidad y no puedo decir mucho más); el ritmo sinusal sí que es más valorable, se trata de una vía íferoseptal derecha probablemente localizada en la vena cardiaca media e incluso epicárdica (la Q en DII apunta a ello); anticipo una ablación compleja pero interesante por otro lado

Un abrazo a todo el foro, que leo con interés aunque no suelo participar

Dr Martínez Alday

Bilbao - España

100% de acuerdo con Alejandro Cuesta

Marcelo Chambó

Hola, coincido que parece un WPW con una Vía de localización pósteroseptal inferior (morfología de BRI en V1 y de BRD en V2 + onda delta positiva en aVL) y los colgajos que parecen más rápidos son por la irregularidad de la FA, debe ir a ablación pues existe riesgo de FV.

Saludos.

Dr. Tomás Campillo.

Estimado Luis.

Tu caso es el de una FA preexcitada. No puedo medir el RR preexcitado más corto, que si tiene < 250 mseg tiene riesgo de MSC. El diagnóstico te lo confirma el ECG en RS donde se observa WPW manifiesto probablemente pósteroseptal derecho.

Tiene indicación de ablación por RFC, hasta ese momento podría administrarse flecainida (tiene corazón normal y vida media más corta que la amiodarona).

Un abrazo.

Oscar. Pellizzón

Queridos amigos

Es conmovedor sentirse tan acompañado.

El aporte intelectual de ustedes... tiene una trascendencia vital para el paciente.

Ya le hemos solicitado la ablación.

Al no tener cobertura social el trámite es largo y penoso.

Lo voy a gestionar personalmente, ante el ministerio.

Un abrazo a todos

Luis Roca

Síndrome de preexcitación sintomático, o sea SWPW, ablación por RF, ni que hablar en este caso con FA preexcitada, fácil de ablacionar vía pósteroseptal derecha, si no ablacionamos este caso estamos en el horno,

Estimado Luis:

En Mendoza en nuestro servicio podemos hacer la ARF sin costo alguno para el paciente, olvídate el trámite ministerial que será largo y tedioso, te lo ofrezco formalmente,

Un abrazo a todos,

Francisco Femenia

Francisco, ¡infinitas gracias!

Mañana hablo con la familia

Luis Roca

Saludos al Foro,

Sabias palabras del Dr Martinez Alday. Aquel que se quería salvar del "horno" tendría que prestar atención al e-mail del Dr Martínez. La via pósteroseptal parece ser epicárdica (*middle cardia vein or coronary sinus diverticulum*). Aquellos que hayan leído el paper de Mauricio Arruda: "40 % de los pacientes referidos después de una ablation NO exitosa de una vía pósteroseptal, tiene una anomalía del seno coronario"...La ablation puede ser larga y tediosa.

Mi jefe actual en Emory (Jonathan Langberg) ha publicado ablaciones exitosas y seguras desde el seno coronario.

Dardo Ferrara

Coincido plenamente con los demás colegas que se trata de una FA conduciendo anterogradamente por una Vía accesoria pósteroseptal derecha (QRS negativo en DIII y cambio de polaridad de V2 respecto a V1), con alto riesgo de FV por un PRef. anterógrado muy corto y RR mínimo = ó < 250 mseg., por lo que se impone la ablación por RF.

Saludos cordiales

Dr. Francisco Rodríguez Martorell.

Habana. Cuba.

A los amigos del Foro les cuento que hoy 22 de Julio, a las 13 hs. Francisco Femenía ablacionó ,en el Hospital Español de Mendoza,la via accesoria del paciente con WPW y FA.

Fuí testigo de un trabajo excelente.

Parece que la electrofisiología proporciona el recurso técnico; pero la anatomía del paciente, reclama virtudes como la paciencia,la perseverancia y la prudencia.

Agradecidos, por que se trata de un paciente hospitalario.

Invito a Francisco a comentar el procedimiento

Saludos

Luis Roca

Los felicito a ambos.

Al que hizo la ablación por la voluntad de trabajo.

y al que ó con el paciente por ejercer el sacerdocio de la medicina. Ya no lo hacemos. Me incluyo. Hay que aprender de estas cosas.

Saludos a todos.

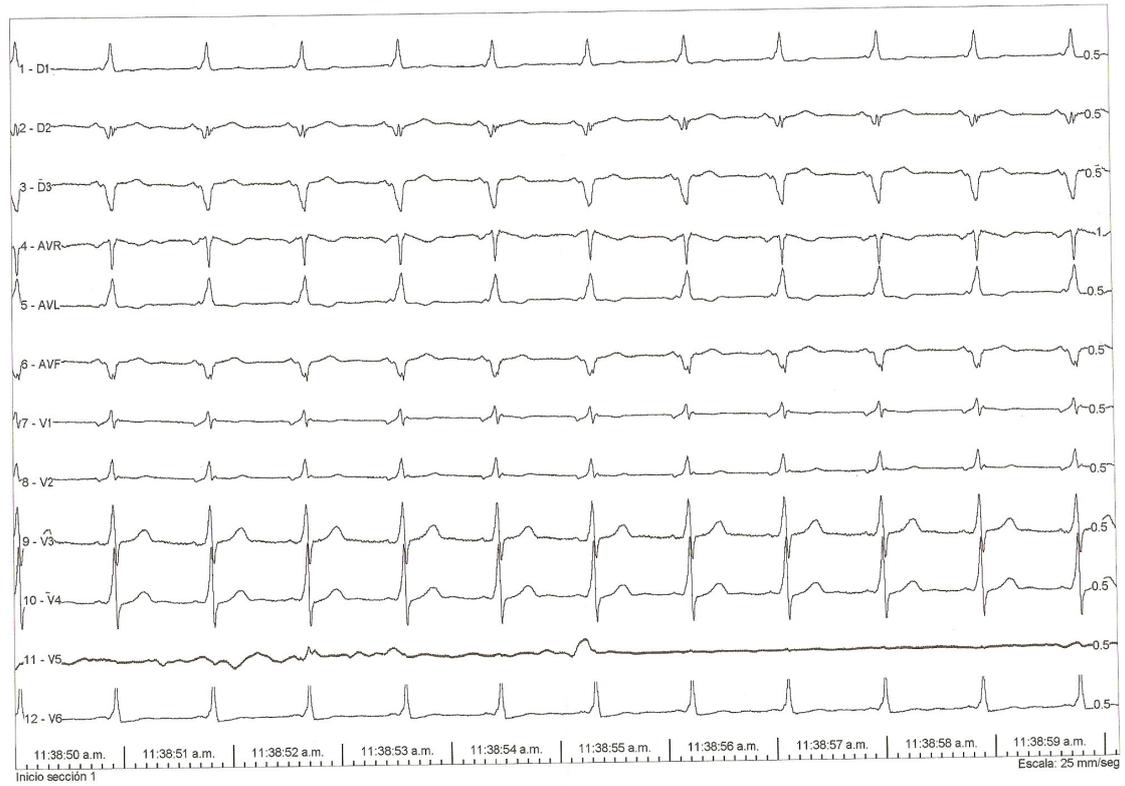
PD: publiquen los ECG post-ablación (era una bromita . . .)

Ricardo Omar Paz Martín

Les mando el trazado pre y post ablación

Paciente: Ibazeta, Victor

Fecha del estudio: 22/07/08 11:26:33 a.m.





Hermoso el ECG post.
Felicitaciones de nuevo.
Y ojalá dure. Digo por las recidivas que son algo frecuentes.
Ricardo Omar Paz Martín

Hola a todos, por suerte todo bien con la ablación de la VA del paciente de Luis. Como decía en un mail Ferrara, cuando vemos una DII con imagen de W, debemos pensar que puede ser epicárdica y generalmente se la encuentra en el seno coronario, ostium o alguna de sus ramas.

En pacientes con Preexcitación patente al momento del procedimiento, lo que hacemos nosotros es partiendo de una aproximación de localización de acuerdo a la polaridad de la onda delta (izquierda o derecha, anterior o posterior, etc) del ECG de superficie, es como armamos el procedimiento, en este caso en particular todos coincidimos que era una VA derecha, septal y posterior, a partir de ahí con el catéter dentro vemos donde podemos eliminarla. En este caso hicimos la cartografía del anillo tricuspídeo, fuimos hacia el seno coronario y registramos que dentro del mismo no había fusión AV ni en sus ramas, tampoco era tan posterior, en realidad si nos imaginamos el Triángulo de Koch, tomando como vértice la región del haz de His y la base el ostium del seno coronario, y dividimos el Triángulo desde el vértice hacia la base en 3 (anterior, medio y posterior), la VA se pudo eliminar en una zona intermedia entre la porción posterior y la porción medial del TK, no era tan posterior como uno pensaba, o por lo menos en una posición bien posterior aún con buena fusión AV, no desaparecía, de hecho moviendo el catéter hacia arriba, encontramos una muy buena señal eléctrica y cuando aplicamos al 3 o 4 latido ya desapareció. Logramos muy buena temperatura y potencia, y con los test finales no volvió y no evidenciamos conducción AV o VA por la VA. Quedamos muy conformes y contentos, ya que es de las ablaciones más bonitas que hay, igual que la ablación del flutter en ritmo de flutter y para cuando se bloqueó el istmo CT, como verán soy muy apasionado con estas cosas.

Un poco laborioso pero dentro de lo previsto para estos casos, en concreto si todo va bien será muy bueno por el paciente.

Los mantendremos al tanto y si recidiva, se volverá hacer sin problemas, como siempre para los que necesiten y tengan pacientes que por problemas de cobertura o económicos no pueden acceder a estos procedimientos, nosotros en nuestra unidad de arritmias no tenemos ningún problema en hacerlos sin ningún cargo,

Un abrazo para todos, y saludos,

Francisco Femenia

Excelente descripción del procedimiento. Denota pericia en el tema y entusiasmo.

Bella ciudad Mendoza, y gente, al igual que San Juan.

En Santiago del Estero es conocida la epidemia de miocardiopatía chagásica.

Hay TV " a raudales".

¿Están ablacionando?

¿O CDI directamente como dicen las guías?

Ricardo Omar Paz Martín

Muy generoso lo de Francisco. Creo que hay que hacer todo lo posible para que las autoridades sanitarias financien estos procedimientos curativos y más económicos a largo plazo que la medicación y los ingresos. Además de ello, la mejoría de la calidad de vida de los pacientes es notable. Sin afán de ser propagandístico es de las pocas situaciones que la cardiología puede "curar" enfermedades crónicas.

Dejando en un lugar especial a la Fibrilación Auricular todas las demás arritmias supraventriculares son tratables con ablación.

Las recurrencias son aproximadamente del 10% según el centro. En ésta localización de la vía accesoria es aún menos. Las que más recurren son las de pared libre del anillo tricuspídeo y las postero septales.

Saludos:

Alejandro Cuesta

