

**Joven de 18 años asintomático,
portador de WPW que consulta
para evaluación cardiovascular ya
que pretende ingresar en el
ejército – 2015**

Dr. Arnaldo Rodríguez

Estimado amigo Edgardo, agradecería recibir la opinión de los colegas del foro de arritmias sobre este EKG en joven de 18 años asintomático.

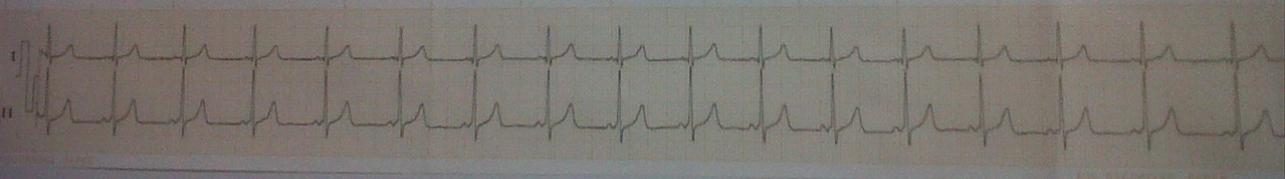
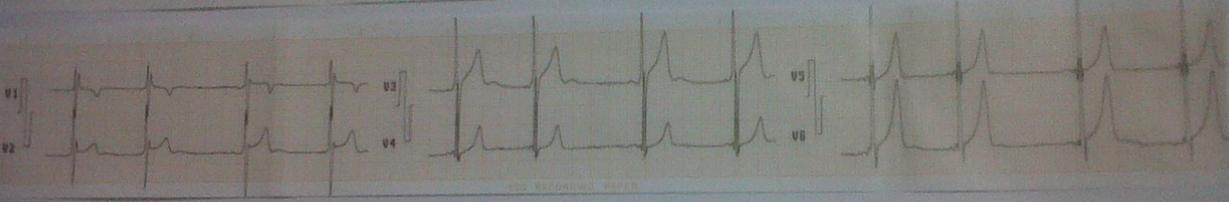
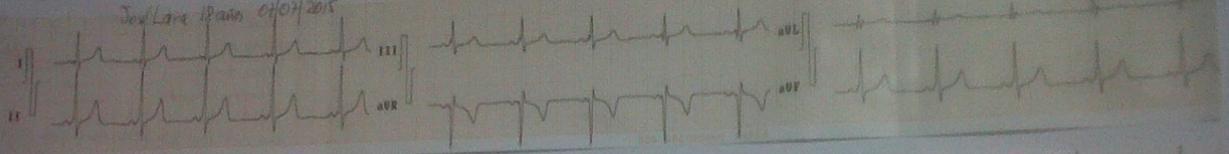
Acude a mi consulta hoy en la tarde para evaluación cardiovascular ya que pretende ingresar en el ejército.

Un abrazo.

Dr. Arnaldo Rodríguez

Puerto Ayacucho, Amazonas, Venezuela.

Jed Lam Pain 07/07/2015



OPINIONES DE COLEGAS

Impresiona tener onda de delta con PR corto. ¿Un síndrome de preexcitación?

Fernanda Soledad Figueroa Ledesma

Muchas gracias Fernanda, concuerdo con Ud!

¿Qué opinión le merecen los casos con vía accesoria y asintomáticos, los ablacionaría Ud?

Saludos

Dr. Arnaldo Rodriguez.

Estimados amigos

La última opinión corresponde a Fernanda, una residente de Cardiología del CONAREC (Consejo Argentino de Residentes), muy activa y con gran interés en EEF.

Le damos la cordial bienvenida al foro, y la felicitamos por lanzarse al ruedo. Fernanda, todas las opiniones son respetadas, y bienvenidas, pero reciben el mismo tratamiento, las vuelque un residente o el expert más capo del mundo.

En el foro nos damos con un palo, pero con respeto y basándonos en evidencia.

Por sobre todas las cosas, somos amigos, que discutios con pasión: ¡no dejes que nada te intimide!

El ECG del colega lo veo muy mal, la foto es defectuosa, pero estoy de acuerdo con tu apreciación.

Cuando hacemos diagnóstico de preexcitación por una vía AV, además, debemos intentar definir la localización de la vía, lo que tiene implicancias para el "approach" de la ablación.

Veamos si nos Mandan un mejor ECG, así intentamos localizar la vía.

Te pregunto: ¿qué le harías a este chico de 18 años, si tuviera un WPW asintomático?

SAludos y gracias por unirme al FIAI. Por favor, invita a los colegas del CONAREC a sumarse también, hay lugar para todos

Adrián Baranchuk

Si, parecería ser un Síndrome de preexcitación, y por algoritmo de Fritzpatrick parecería ser de ubicación posteroseptal izquierda.

Es probable que no lo dejen entrar en el ejército. Si tuviera acceso a un centro con posibilidades de ablación se la indicaría, ya que el riesgo de complicaciones es (BAV) es bajo, y podría cumplir con su vocación.

Cordiales saludos.

Alejandro Oria

Hola Alejandro

Me cuesta entender cómo una vía póstero-septal izquierda puede tener delta positiva en la cara inferior.

Concordamos que es izquierda, pero es improbable que sea póstero-septal. Como la delta es positiva en la cara inferior, la vía debiera estar en posición anterior, dado que en el espacio ánteroseptal, del lado izquierdo, no hay vías accesorias. ¿No te parece?

Saludos

Adrián Baranchuk

Paciente de 18 años

Si bien el síndrome de preexcitación descrito por el Dr. Oría parece estar presente. También se observa BRD y no puedo explicar la presencia de onda Q en V5 y la repolarización en V1-V2

Abrazo

Floreal Cueto

Si por eso digo que hay cosas que no podía explicar para justificar la presencia de una vía accesoria

Saludos

Alejandro Oría

En el caso de este paciente asintomático podría estar indicada una ergometría para valorar si hace taquiarritmia, y si conduce por la vía accesoria ¿o no?

Fernanda Soledad Fiqueroa Ledesma

Gracias a todos por su atenta opinión, en especial al Profesor Baranchuk quien tiene razón sobre la poca calidad de la foto y la dificultad para apreciar correctamente el EKG...envié la foto de 300 kb y la finalmente la publicada acabo de comprobar a raíz del comentario del Dr. Baranchuk que él tiene razón y solo posee 9.5 kb. En este caso realmente no estoy claro qué hacer, solo se me ocurre enviarles el EKG en varias partes, les agradecería cualquier sugerencia.

Un abrazo afectuoso.

Dr. Arnaldo Rodriguez

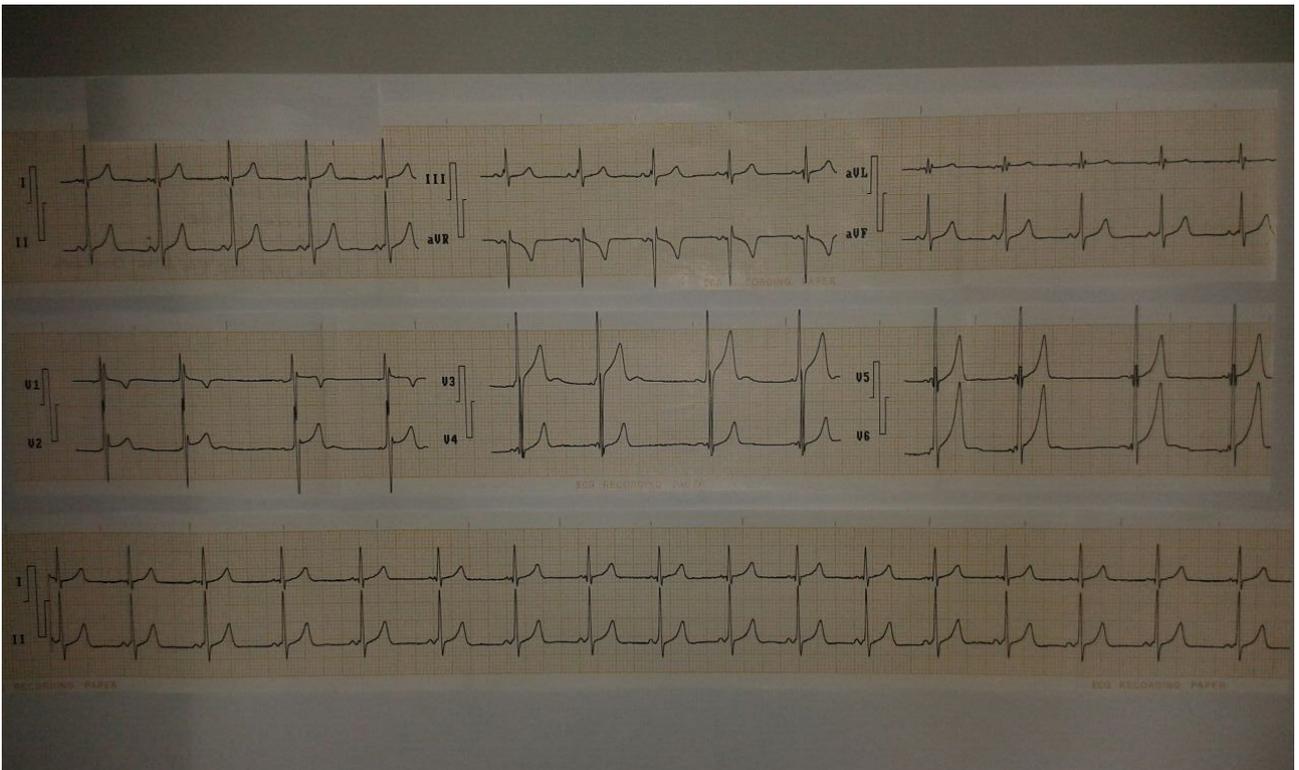
Queridos amigos:

Arnaldo nos provee de este nuevo trazado de mayor calidad.

Aprovecho para preguntar acerca del patrón V1 V2 y de la repolarización en V2

Un abrazo

Edgardo



Hola amigos

1-. En principio no deberíamos llamar en este paciente un SÍNDROME de Preexcitación
Tan solo diría un PATRÓN de preexcitación

Los doctores Wolff, Parkinson y White allá por 1930 llamaron síndrome cuando el ECG típico (PQ corto y QRS con patrón de bloqueo de rama) estaba asociado a TSV o FA.

2-. El ECG que se muestra a mi parecer por tener el RS en precordiales con transición en V1-V2 la vía (haz de Kent) está en pared libre de VI . y como R y onda delta es + en III, estaría en parte anterior, es decir vía ánterolateral o lateral izquierda .

3- . Ahora ¿qué hacer con un paciente joven asintomático?

Se podría plantear en principio la ARF profiláctica ("vía hallada " "vía quemada" para muchos)

Es racional también .evaluar el intervalo RR más corto preexcitado (SPERRI) DURANTE UNA FA (menores o mayores de 220-250 ms) inducida o con estimulación transesofágica o EEF (ver consenso de PACES/HRS 2012 QUE ESTRATIFICAN riesgo y de acuerdo a esto definir riesgos- beneficios

¿Qué opina Adrian? ¿que harías? ¿la quemarías de una? a todo paciente joven asintomático con WPW

Abrazos

Juan José Sirena

Estimada Fernanda: primero bienvenida al foro.

1. El riesgo de MS por WPW es muy bajo, 0,1% y 0,3%, sin embargo para ingresar a actividades de competitivas, o pilotos debe ablacionarse la vía para ser aceptado. La población que justamente representa mayor riesgo dentro de estos son los niños y adolescentes, es diferente si es menor de 25 años o mayor según reportes realizados, y los que presentan conducción retrógrada y taquicardias mayormente son sintomáticos.

2. La ergometría y la desaparición de la conducción anterógrada en 1 latido ha perdido validez por su dificultad para establecerla y no te da la respuesta si igualmente la vía conduce a periodos de ciclos menores.

3. La última recomendación es la estimulación transesofágica o el estudio con isoproterenol, otros proponen el EEF y valoración del comportamiento de la vía en jóvenes asintomáticos. Hasta longitudes de ciclo RR de 230 mseg (*APERP 200 ms and a SPERRI 230 ms who subsequently developed VF*) . si mal no recuerdo para establecer riesgo, pero se la realizaría al Profesor que la planteó. Hay veces que nosotros deberíamos soportar los procedimientos que le indicamos a nuestros pacientes y conocer lo que se siente.

Siempre es un tema de controversia, ¿es de bajo riesgo? Si tiene que ingresar al ejército así que debe ablacionarse la vía para poder acceder.

Si no fuera por esto, ya expresé mi opinión en otra ocasión, le explicaría al paciente que posee bajo riesgo de complicaciones, que se encuentra asintomático, pero que cuenta con un procedimiento de bajo riesgo y la posibilidad de ablacionarle la vía y consensuaría con él si desea ablacionarse la vía, por mi parte le recomendaría que sí, aún encontrándose asintomático.

Un cordial saludo y gracias por tu opinión.

Un saludo

Martín Ibarrola

PD: por los copy no enviamos los articulos sino que peguemos los links, preferentemente de acceso gratuito. Son seguros.

1. Pappone C, Santinelli V, Rosanio S, Vicedomini G, Nardi S, Pappone A, Tortoriello V, Manguso F, Mazzone P, Gulletta S, Oreto G, Alfieri O. Usefulness of invasive electrophysiologic testing to stratify the risk of arrhythmic events in asymptomatic patients with Wolff-Parkinson-White pattern: results from a large prospective long-term follow-up study. [J Am Coll Cardiol](#). 2003 Jan 15;41(2):239-44.

2. PACES/HRS Expert Consensus Statement on the Management of the Asymptomatic Young Patient with a Wolff-Parkinson-White (WPW, Ventricular Preexcitation) Electrocardiographic Pattern

<https://www.hrsonline.org/content/download/1430/20087/file/2012-PACES-HRS%20Asymptomatic%20WPW.pdf>

<http://www.secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas/arritmias/4392-2012-paceshrs-expert-consensus-statement-on-the-management-of-the-asymptomatic-young-patient-with-a-wolff-parkinson-white-wpw-ventricular-preexcitation-electrocardiographic-pattern>

3. Evaluation and Management of Wolff-Parkinson-White in Athletes. [Ashwin L. Rao](#), MD,*†[Jack C. Salerno](#), MD,‡[Irfan M. Asif](#), MD,§and[Jonathan A. Drezner](#), MD†

Sports Health. 2014 Jul; 6(4): 326–332.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4065555/>

Martín Ibarrola

Hola

Gracias por mandar un ECG de muchísima mejor calidad. Este sí permite confirmar el diagnóstico de Fernanda, una nueva incorporación al FIAI.

Es una preexcitación ventricular por una conexión AV.

La localización de la vía es izquierda, ya que en V1, se ve un patrón de bloqueo de rama derecha-simil (rsr'). Una vez localizada la vía en el anillo mitral, la localización más frecuente (75%) es la lateral izquierda. Sin embargo, en este caso NO hay delta negativa en la cara lateral (I/aVL), por lo tanto NO es izquierda. La segunda localización más frecuente, como alguien mencionó antes, es la póstero-septal izquierda, pero en este caso NO hay delta negativa en la cara inferior (II, III, aVF).

Por lo tanto, y dado que NO puede haber vías en el espacio ánteroseptal izquierdo (porque ahí está el triángulo fibroso, y si alguno encuentra una vía en ese espacio, la

publicamos juntos!), las dos localizaciones posibles son: Anterior o Ántero-lateral Izquierda.

Acabamos de publicar un artículo Edgardo, llamado *A practical approach to the interpretation of rsr' pattern in leads V1-V2* en el Can J Cardiol (IF 3.9) que te enviaré por privado, para quién quiera leerlo. Lo escribimos con el amigo-Barros de Fortaleza, miembro indispensable del FIAI; y está inspirado en un algoritmo diseñado por el genial Prof Bayes de Luna, con quién escribimos el trabajo original en ANE, y me dió la increíble oportunidad de ser primer autor.

Te envió ambos artículos para quién quiera leerlos.

Ahí encontraras el tema de V1-V2 y donde aparece en el algoritmo, el WPW antes llamado tipo A.

Un abrazo.

Ojala a este paciente le hagan la ablación así confirmamos DÓNDE encontraron la vía.

Hola Juan José

Siempre es lindísimo leer tus emails, llenos de enseñanzas. Concuerdo en todo menos en la localización. No puede ser lateral pura, ya que SIEMPRE tiene que tener delta negativa en DI o aVL o ambas. Cuando ambas, como es en este caso, son positivas, la vía NO puede ser bien lateral.

Parkinson se escribe con K. ^ Wolff L, Parkinson J, White PD (1930). "*Bundle-branch block with short P-R interval in healthy young people prone to paroxysmal tachycardia*". American Heart Journal 5 (6): 685-704. doi:10.1016/S0002-8703(30)90086-5.

Respecto al tema de la MS, los números que da Martín son correctos, pero para la población general. En asintomáticos menores de 20 años, uno debe considerar 2-3%/ Después de los 20 empieza a disminuir y después de los 40 se llega a los valores referidos por Martín.

No sé de dónde Martín dice que la prueba de ejercicio NO es útil. La hacemos de RIGOR en nuestro centro, y se usa de rutina en los laboratorios de EEF. Me impresiona que es la diferencia entre leer y hacer nomas, pero abro el debate a los invasivos.

Respecto a la prueba transesofágica, en el FIAI hay gente que la usa mucho, como el querido Carlos Rodríguez (Kako) de Venezuela, que tiene mucha experiencia en esto, tal vez nos pueda contar más. Nosotros NO la usamos, es dolorosa, hay que meterle algo en la nariz a un chico, requiere sedación, y encima NO permite solucionar el problema. Si lo vamos a invadir, le hacemos un EPS y quemamos la vía en menos de una hora.

Recuerdo que Josep Brugada me dijo: si el niño se sienta y las piernas le llegan al suelo

lo quemamos, aunque esté asintomático, o algo así. Creo que su línea de corte eran los 20 kilos.

Nosotros, salvo excepciones de vías ántero-septales derechas asintomáticas, muy cercanas al His, hacemos lo que dice Juan José, "vía diagnosticada, vía quemada".

Usamos cryoablación PARA las vías ántero-septales.

Saludos

Reflexión final: riesgo de MS en menores de 20 años 2-3% anual vs riesgo de complicaciones serias durante una ablación <1%...¿Ud que haría?

Hola Arnaldo

¿Habría en el foro algun colega solidario del Brasil que pueda trasladar al paciente para una ablacion?

Raimundo, Adail, ¿podemos investigar quien hace EP invasiva en esa zona?

Saludos.

Dr, Adrián Baranchuk MD FACC FRCPC

Hola estimado Dr. Baranchuk, es que estoy en la Amazonia venezolana.

Haré gestiones para ver de qué forma lo trasladamos a Caracas.

Muchas gracias una vez más por el interés mostrado en este caso, ya Edgardo me hizo llegar sus artículos y sin falta en la noche los revisaré.

Un abrazo,

Arnaldo Rodríguez

OK.

Hago el llamado mis compadres, el Dr Mauricio Rondon, de Caracas, y fenomenal electrofisiólogo, y a mi pana el Dr Kako Rodriguez de Maracaibo, uno de los mejores EP de Latinoamérica. Por favor muchachos, ayuden al colega que detectó un WPW en plena amazonia.

En Venezuela y cerca de ti (en Merida!), esta el genial Abdel Fuenmayor, quien es asóciate editor del Int J Cardiol y un EP de renombre.

Vamos Venezuela, muévanse para darle una mano a este colega.

Adrián Baranchuk

PS: Kako, ¿se le podrá hacer llegar tu libro de ECG al Dr Arnaldo Rodriguez?

[Dr. Adrián Baeanchuk MD FACC FRCPC](#)

Amigos

De la memoria del Forum.. JJ Sirena, 2012:

Estimados amigos:

Seguí con interés el caso del joven de 25 años con un ECG con patron W P W ASINTOMATICO, es decir no tiene un síndrome de WPW, que sería palpitaciones, síncope, episodios de TPSV, FA en contexto de un ECG con WPW .mi opinión:

1- creo que un caso así debe ser interconsultado siempre con arritmólogo - electrofisiólogo

2- en relación a este caso especial, joven de 25 años, **asintomatico** tiene un riesgo bajísimo de m. subita (0,2 - 0,4 %)

3- es claro que la implicancia socio laboral para él es dura, ya que en ningún trabajo un médico laboral no tiene la suficiente humanidad, sensibilidad y sustento científico para permitirle el ingreso (por lo menos en Argentina) de un joven con ECG de WPW

4- es también cierto que no todos comparten "**que vía hallada, vía quemada**", por que también esto conlleva riesgos y complicaciones y porqué no, recurrencias. De todos modos si el joven es deportista o tiene un trabajo de alto riesgo , comparto con ese lema de Adrian, salvo en vías parahisianas por el riesgo de BAVC

5 entonces, creo que en este caso especial, "no navegaría " pidiendo análisis, Rx, eco etc, pues no me conduce a ningún puerto,"iría al grano" siguiendo este algoritmo ;como para estratificar riesgo

a- vía intermitente >>>>> seguimiento clínico y con vigilancia de síntomas

b- vía persistente >>>>> test de esfuerzo y evaluar:

desaparición de vía >>>>> seguimiento (idem a)

no desaparición de vía >>>> EEFisiológico invasivo o CETE

(cardioestimulación transesofágica) en búsqueda de inducir TSV o FA y medir en esta última el intervalo mínimo no preexcitado (SPERRI). Si no se induce Fa , puede ser útil la sobrestimulación auricular con EEFO CETE (esto último ¿qué opinas KAKO?)

c- si ESPERRI es :

> 250ms >>>>>>>Seguimiento (idem a) -IIA , o puede considerarse ARF IIB dependiendo de la localización (IIB)

< 250 ms >>>>>>> ARF de la vía, evaluando riesgo -beneficio

Personalmente, creo que la cete es útil en estos casos para no ser catalogados como "invasivos" ni tampoco "conservadores ";; por lo menos aquí en mi lugar, donde los recursos y los medios y las obras sociales - Mutuales (?) son "hostiles " con todo .Me gustaría la opinión de KAKO al respecto

Un abrazo

Juan José Sirena (Sgo del Estero -Argentina)

Barancho de Diós:

Investigo e presto informo.

Arnaldo:

Dice me cual ciudad estas. E se puede teléfono.

Abraços a todos

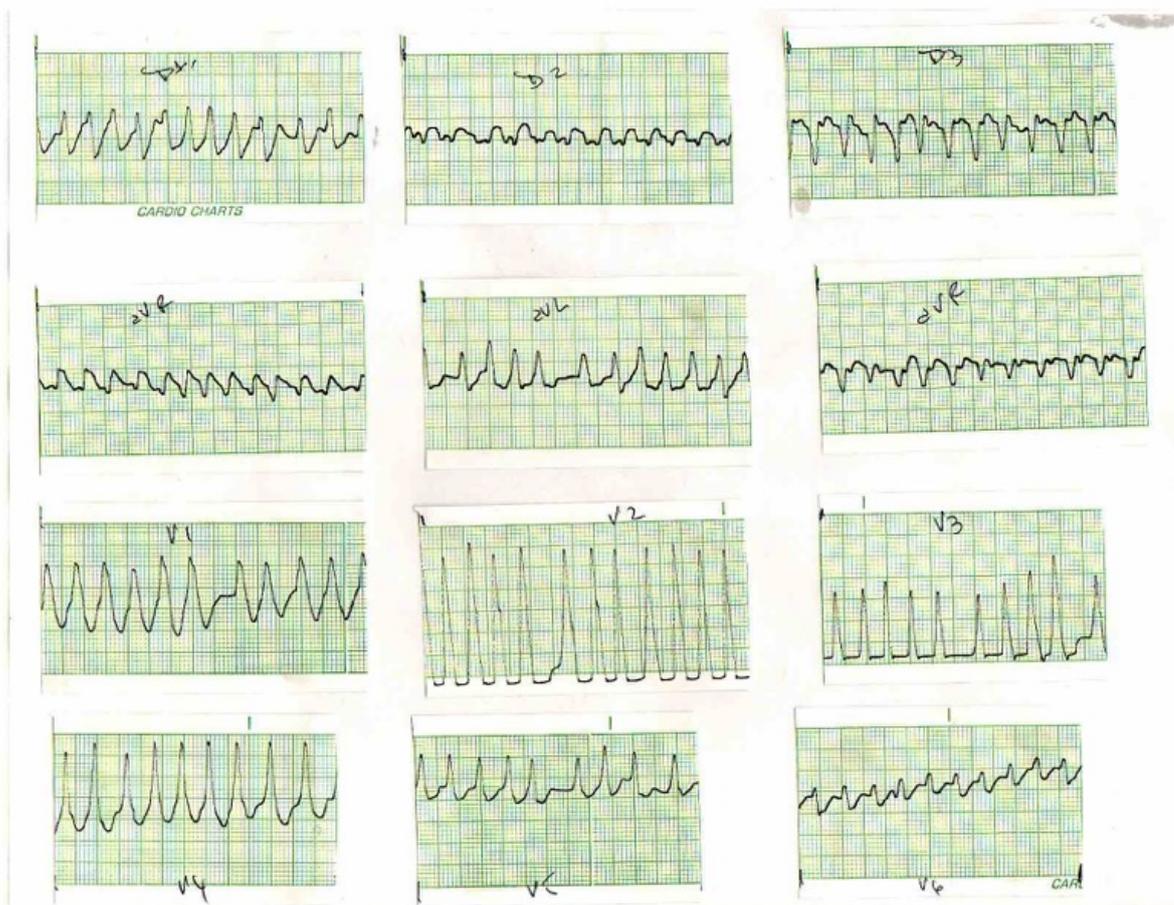
Adail Paixao Almeida

Desde que tuve que atender en la emergencia a este paciente, de 40 años con "Wolf asintomático" previo que no aceptó la ablación, les puedo asegurar que cambió mi visión al respecto.

Cabe aclarar que el paciente aún vive y por supuesto ya fue sometido a ablación.

Saludos cordiales.

Alejandro Oria



Muchas gracias estimado Profesor Dr. Baranchuk, su gesto va más allá de lo esencialmente humano y profesional que nos debe distinguir al estar comprometidos con este sacerdocio, lo he hecho saber a los colegas que me rodean que al igual que yo tenemos un motivo más para admirarlo por su brillante carrera!!!

Ya le hice saber al profesor Mauricio Rondon del caso y estoy seguro que me ayudara, el es también un ser humano excelente, tuve el privilegio de trabajar 6 meses a su lado en el 2012 e implantar 170 sistemas, fue una pena no poder hacer casi nada de EF entonces.

Gestos como el suyo nos permiten comprender el alcance e impacto de este foro y nos recuerda q se mantienen abiertas las venas de la America Latina como nos enseñara el genial Eduardo Galeano

Un abrazo y nuestro eterno agradecimiento.

Dr. Arnaldo Rodriguez, Puerto Ayacucho, Amazonas, Venezuela.

PD, será un privilegio que el libro que me mencionó llegue a mis manos, gracias una vez más.

Estimado Arnaldo

Por favor llámeme Adrián o Adriancito como lo hace cariñosamente Edgardo.

Estoy seguro que Rondon hara lo imposible por ayudar, es un tipo sólido como una roca, y comprometido con la salud del pueblo Venezolano.

Invito a todos los venezolanos del foro a sumarse a esta ayuda, desde su lugar. Se trata de ayudar a un paciente con WPW,.

Con todo gusto además, me ofrezco a cubrir los gastos de la ablación o traslados. Vamos a demostrar que el FIAI tiene lo que hay que tener cuando se necesita nuestra ayuda.

Me comprometo a hacerle llegar el libro, y si no consigo una copia, le enviare la mía, ya que Ud, le dará mucho más provecho que yo.

Por favor, escríbame a barancha@kgh.kari.net <<mailto:barancha@kgh.kari.net>> así arreglamos el envío.

Un abrazo a la distancia, para Ud y su gente, trabajando en la Amazonia Venezolana.

Adrián Baranchuk

Estimados: Respecto los cambios de la RP en V1-V2 que menciona Edgardo el 2 latido anticipado (ESV) y su pausa compensadora provocan cambios en la r' y en la RP del 3 latido sin cambios en el QT, no se si Edgardo está pensando en una canaliculopatía, aclaro que no hemos visto muchas pero este comportamiento no lo vi

No sé que opina Adrian

Alejandro Oría

Abrazo a todos y feliz día de la Independencia a los compatriotas

Me olvide de hacer una pregunta

¿Tiene hecha este joven RMN con realce tardío?

Alejandro Oría

Me tome la libertad de hacerle llegar a nuestro buen amigo y excelente EF Dr. Mauricio Rondon el EKG y las opiniones de los foristas, en especial las dos últimas de Adrián solicitando apoyo para resolver este singular caso que llegó a mi consulta.

Le cuento que soy cardiologo cubano con entrenamiento en EF y me encuentro trabajando como labor social en la Amazonia Venezolana, dentro de la mision medica cubana "Barrio Adentro".

Un afectuoso abrazo para nuestro Ud hermano, queda muy agradecido de su gesto.

Dr. Arnaldo Rodriguez

PD: he contactado con el Dr. Mauricio porque es el unico EF q conozco aqui en Venezuela ademas del Dr. Armando Perez.

Amigos ...

Ya hablé con Arnaldoy le dije que enviara ese paciente al Hospital Universitario de Caracas, donde hacemos la solicitud al Ministerio de Salud y nos dan el material para ablacionar a ese muchacho

Mauricio Rondon

Hermanos, concuerdo con MagNet Adrian, el centro del FIAI deben ser la ciencia y el paciente.

Un abrazo fuerte latinoamericano para Kako, Mauricio y Arnaldo

Alberto Morales (QEPD)

Ok. A ese paciente asintomático le hacemos CETE estimulación esofágica si el refractario es menor de 250ms o se le induce FA rápida lo ablacionamos. El CETE es costo beneficioso sin ningún riesgo para el paciente,

Carlos Rodríguez Artuza

