

Síndrome de WPW con episodios de fibrilación auricular y conducción anterograda a través de la vía accesoria

Mariano Ramírez Herrete*
 Juan Carlos Puente Hermida**
 J. M. Leira Faraldo***
 F. J. Atencia Jiménez****

Paciente de 51 años sin antecedentes patológicos de interés, con historia de palpitations precordiales rápidas e irregulares desde los 29. La exploración física y las exploraciones complementarias rutinarias no muestran cardiopatía de base.

Se presenta su ECG basal (ilustración núm. 1) y dos registros electrocardiográficos obtenidos durante sendos episodios de palpitations, mediando siete años entre ambos durante los cuales el paciente estuvo sometido a tratamiento con 600 mgr. de sulfato de quinidina, a pesar de lo cual presentó en varias ocasiones palpitations de corta duración que no requirieron ingreso hospitalario.

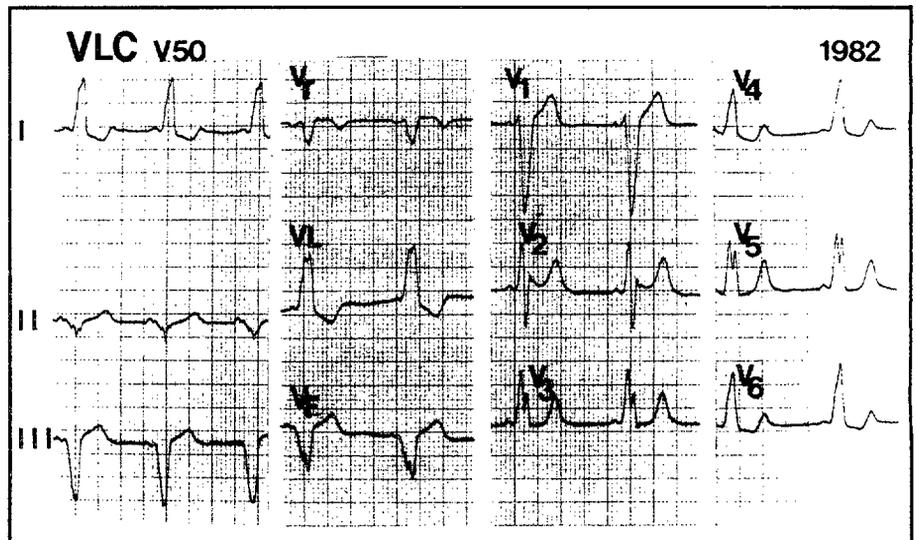
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El ECG basal muestra ritmo sinusal con PR corto de 80 mseg. y QRS de ancho de 160 mseg. e imagen de bloqueo completo de rama izquierda por preexcitación máxima debida a una vía accesoria (VAcc) de localización posterior derecha (WPW tipo B según la clasificación de Rosebaum ya superada por sus limitaciones en la definición de la situación de la vía accesoria).

El ECG núm. 2 es un registro en tres derivaciones (aVR, aVL, aVF) de un episodio de palpitations. Los tres paneles que lo conforman son continuos: Estamos ante taquicardia irregular con QRS ancho que presenta el siguiente diagnóstico diferencial:

1. Taquicardia ventricular (TV).
2. Torsade de pointes (TP).
3. Fibrilación auricular con conducción anterograda a través de una VAcc.

* Capitán Médico.
 ** Teniente Médico.
 *** Jefe Sección «B»: Comandante Médico.
 **** Jefe Sección «A»: Comandante Médico.
 Servicio de Pulmón y Corazón. Hospital de Marina. Ferrol.



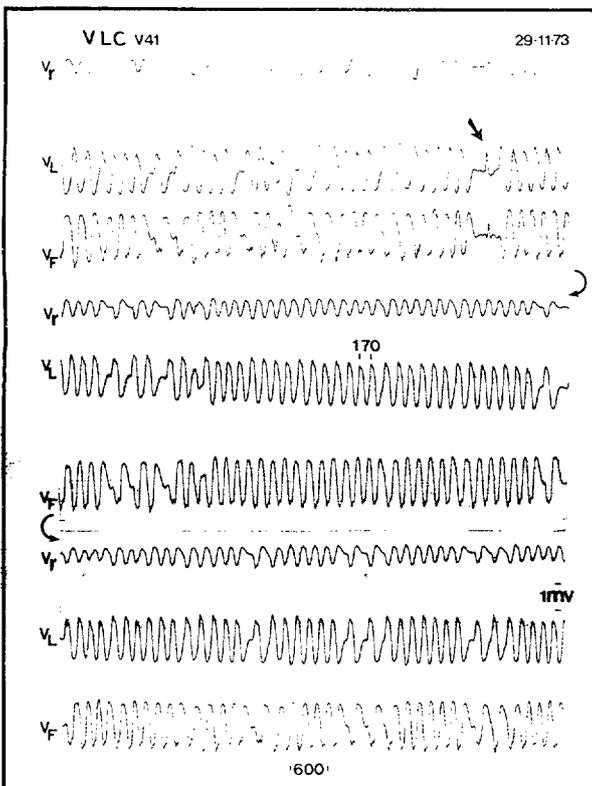
ECG basal superponible al obtenido en 1973. Se observa PR corto de 80 mseg. y QRS ancho de 160 mseg. con morfología de bloqueo de rama izquierda por preexcitación máxima por una vía accesoria de localización posterior derecha.

La primera posibilidad (TV) es, desde luego, la más peregrina. En general, las TV son bastante regulares, de manera que los intervalos R-R de la taquicardia no suelen variar en más de 20 mseg., excepto en una variedad bastante infrecuente denominada «TV en latidos agrupados».

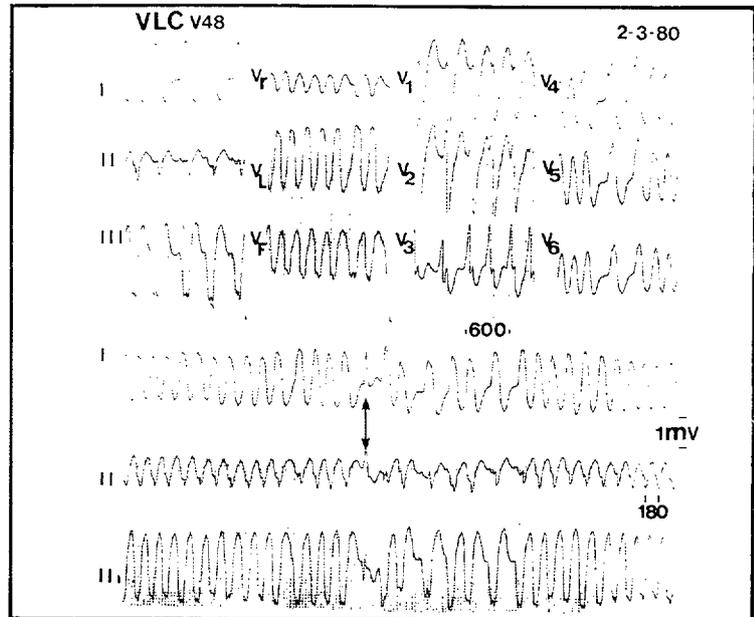
La segunda posibilidad es también desestimable, ya que los episodios de TP presentan un aspecto electrocardiográfico muy peculiar: Los complejos QRS son anchos y su amplitud aumenta y disminuye gradualmente a la vez que varía el eje en torno a la línea isoeletrica. Estos episodios duran raramente más de 10 seg. y, por otra parte, el ECG basal en este tipo de taquicardias añade signos de gran valor diagnóstico, encontrándose ondas T anchas, invertidas, con alargamiento del QT y eventualmente extrasístoles ventriculares con fenómeno R sobre T producido, no por un intervalo de acoplamiento corto, sino

por el aumento de duración de la onda T. Estos extrasístoles inician los episodios de taquicardia.

Dejamos para el final la posibilidad cierta, ya que, naturalmente, la existencia de una VAcc hace pensar fuertemente en una fibrilación circular que conduce anterógradamente a través de una VAcc con período refractario efectivo corto (PRE) y que permite el paso a su través de un gran número de impulsos, ya que esta estructura no posee las propiedades decrementales del nodo auriculoventricular (NAV). Se produce una taquicardia con QRS ancho, marcadamente irregular y con un R-R mínimo de 170 mseg. (equivalentes a 353 p.p.m.). En este trazado existe un dato que orienta decididamente al diagnóstico: se trata de un latido totalmente diferente al resto de la taquicardia y que presenta un QRS ancho (ilustración núm. 2. Marcado con flecha); es un latido que se ha podido conducir por la vía normal NAV-



Registro ECG durante un episodio de palpitaciones. Registro continuo en tres palabras (derivaciones aVR, aVL, y aVF). Ver texto.



Registro ECG de un episodio de palpitaciones siete años después. En el papel superior, registro en 12 derivaciones. Panel inferior con tira continua en I, II, III. (Ver texto.)

His-Purkinje, ya que la VAcc está sometida a un gran tren de impulsos.

El ECG número 3 (ilustración núm. 3) fue registrado 7 años después y presenta datos superponibles en todo al anterior.

COMENTARIOS Y CONDUCTA A SEGUIR

Los pacientes portadores de vías accesorias presentan con frecuencia no bien determinada distintos tipos de taquicardia:

1. Taquicardias en movimiento circular (TMC), que utilizan la VAcc en sentido retrógrado (ortodrómicas).

2. TMC que utilizan la VAcc en sentido anterógrado (antidrómicas).

3. Fibrilación auricular con incidencia quizá mayor que en la población general, con la posibilidad de conducción anterógrada a través de la VAcc, desencadenando frecuencias ventriculares muy rápidas, que pueden degenerar en fibrilación ventricular (FV). Un número tampoco precisado de estos pacientes pueden morir repentinamente sin que la localización de la vía accesoria ni el grado de preexcitación puedan ser considerados marcadores del riesgo de muerte súbita por FV.

Las VAcc que pueden llevar a esta situación tienen PRE en sentido anterógrado cortos y su determinación exige la realización de un estudio electrofisiológico completo. Sin embargo, disponemos de una serie de marcadores indirectos que nos permiten predecir, aproximadamente, ese parámetro:

a) *Los pacientes que presentan preexcitación intermitente suelen presentar PRE anterógrados de la VAcc largos.*

b) *En un elevado número de pacientes con test de la ajmalina positivo (desaparición de la preexcitación tras la inyección intravenosa de 50 mgr. de ajmalina), el PRE es superior a 270 mseg.*

c) *En los casos con desaparición de la preexcitación, tras el ejercicio, los PRE suelen ser igualmente largos.*

Es preciso subrayar que los valores del PRE de la VAcc no permiten separar taxativamente los que son críticos en cuanto a la posibilidad de desarrollar fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y como consecuencia de ella fibrilación ventricular, aunque probablemente períodos refractarios por encima de 350 mseg. no se asocian a esta complicación. Para el grupo quizá con más experiencia con este tipo de pacientes (el de la DUKE University) el marcador de una posible FV en estos casos es que el R-R mínimo durante la fibrilación

auricular sea inferior a 205 mseg. en los latidos preexcitados.

Es innecesario decir que en los casos con VAcc ocultas, esto es, vías accesorias que sólo conducen en sentido retrógrado, no se pueden producir este tipo de taquicardias.

La conducta a seguir en pacientes que presentan episodios de fibrilación auricular con conducción anterógrada a través de una VAcc es diferente si se refiere al episodio agudo, durante el cual puede haber una importante alteración hemodinámica y la posibilidad de desarrollar una fibrilación ventricular o al tratamiento crónico de fondo. En el primer caso la actitud más lógica es la aplicación de un choque eléctrico DC sincronizado, aunque en situaciones que cursen sin grave deterioro hemodinámico pueden ensayarse fármacos como la procainamida, ajmalina, etcétera, que pueden reducir la frecuencia ventricular.

En cuanto al tratamiento profiláctico, el fármaco más satisfactorio hasta ahora venía siendo la amiodarona; sin embargo, estudios recientes demuestran que la propafenona (un nuevo antiarrítmico del grupo I) logra los aumentos más satisfactorios del PRE de la vía accesoria.

Los pacientes que no obtengan buenos resultados con los antiarrítmicos indicados pueden resultar beneficiados de la ablación quirúrgica de la vía accesoria.