

# Síndrome de pre-excitación de Wolff-Parkinson-White

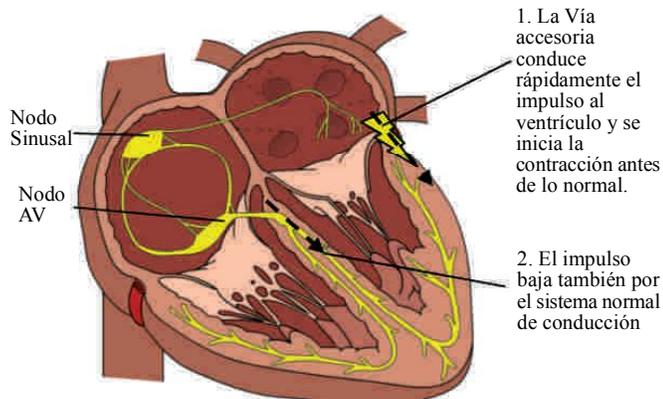
Dr. José Wester Del Cid

Electrofisiólogo Cardíaco, Post Grado Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", México.

E-mail: todoporsur ritmo@gmail.com

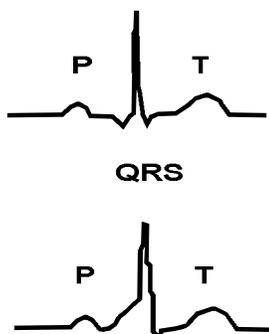
Este síndrome lleva su nombre por los trabajos realizados por Wolff, Parkinson y White en 1930, en los cuales describieron 11 casos de jóvenes sanos con imágenes electrocardiográficas de bloqueo de rama e intervalo PR corto, quienes estaban predispuestos a taquicardia paroxística.

El término pre-excitación se refiere a la presencia de una conexión accesoria y anormal que va de la aurícula al ventrículo, y que conduce rápidamente los impulsos eléctricos ocasionando que el ventrículo se active antes de lo normal (Figura 1).



## Diagnóstico clínico y electrocardiográfico

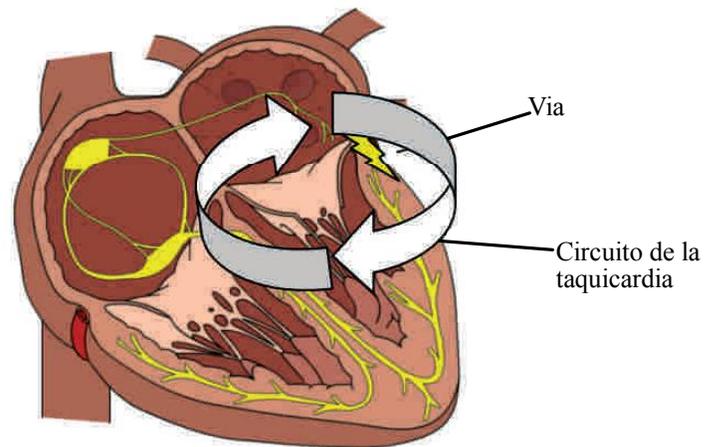
La presencia de síntomas como palpitaciones rápidas, regulares, que inician y finalizan súbitamente, y que pueden asociarse a disnea, lipotimias y síncope sugiere fuertemente un ataque arrítmico. El diagnóstico se confirma al realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones y observar un intervalo PR corto más la presencia de onda delta.



Trazo de un paciente con una vía accesoria de localización medioseptal derecha. Se observa imagen de pre-excitación ventricular con intervalo PR corto y empastamiento inicial del QRS

## Mecanismo de la taquicardia.

Si el impulso eléctrico regresa a la aurícula por el sistema normal de conducción y vuelve por la vía accesoria se inicia un mecanismo de reentrada que origina la taquicardia.



## Vía Accesorias.

Los pacientes pueden presentar taquicardias rápidas e incapacitantes, y asociarse a episodios de contracciones auriculares rápidas y desorganizadas, arritmia conocida como fibrilación auricular (FA). Normalmente estamos protegidos contra frecuencias auriculares rápidas ya que contamos con el nodo AV que no deja pasar todos los impulsos eléctricos pero si existe una vía accesoria la fibrilación auricular es conducida rápidamente y puede desencadenarse fibrilación ventricular (FV) y muerte súbita.

Los pacientes asintomáticos pueden debutar con muerte súbita, por ello deben someterse a estudios electrofisiológicos no invasivos como la estimulación trans-esofágica.

Otros estudios de utilidad para estratificar el riesgo de los pacientes son Holter y Prueba de esfuerzo.

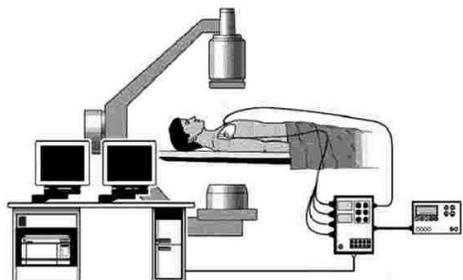
## Tratamiento:

En el momento agudo estos pacientes pueden mejorar con un masaje carotídeo y en casos extremos un golpe seco con el puño en la región precordial del tórax.

## Terapia endovascular

Actualmente se cuenta en el país con la posibilidad terapéutica de la ablación con radiofrecuencia (RF). Esta debe realizarse en pacientes sintomáticos debido al riesgo de muerte súbita. El procedimiento de ablación es curativo ya que destruye la vía accesoria en un 85-95% de los casos, dependiendo de su localización.

Se requiere de una Sala de cateterismo cardíaco y un equipo especial llamado Polígrafo, el cual amplifica y ordena las señales intracardíacas para que estas puedan interpretarse y dirigir el procedimiento de ablación. El procedimiento pretende identificar el circuito de la taquicardia y localizarlo con exactitud.



Una vez localizado el circuito se aplica radiofrecuencia controlada hasta lograr la eliminación del circuito.

Al destruir dicho circuito, se observa la separación de los potenciales auricular(A) y ventricular (V), así como cambios en el electrocardiograma.

Debido a que el procedimiento es curativo, no se recomienda el uso posterior de antiarrítmicos. Se recomienda seguimiento al mes, 6 meses y al año del procedimiento de ablación, verificando la ausencia de pre-excitación en el trazo de electrocardiograma.

En el Laboratorio de Cateterismo del Hospital de Diagnostico Escalón fue realizado el primer caso en el 2007 desde entonces es considerada la mejor alternativa en el país para el tratamiento de esta patología que puede ser mortal.

### Bibliografía:

1. Wolff L, Parkinson J, White P: Bundle branch block with short P-R interval in healthy young people prone to paroxysmal tachycardia. Am Heart J 5:685, 1930.
2. Zipes D, Jalife J, Cardiac Electrophysiology, Wolff-Parkinson-White Syndrome, 94:869-877.
3. Papone C, et al, Usefulness of Invasive Electrophysiology testing to Stratify the Risk of Arrhythmic Events in Asintomatic Patients with Wolff-Parkinson-White Pattern, JAAC, Vol 41, No.2,2003
4. Vincenzo C, et al, Transesophageal Electropharmacologic Test in Wolff-Parkinson-White Syndrome, Pediatr Cardiol 11:213-215, Department of Cardiology, "La Sapienza", Roma, Italy



# HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

## Nuestra Señora de La Paz

*Saluda y felicita efusivamente al laborioso pueblo de San Miguel por encontrarse celebrando sus tradicionales fiestas patronales en honor a la Virgen de La Paz y por los 50 años de Carnaval. ¡Muchas felicidades!*



En el Hospital de Especialidades Nuestra Señora de La Paz estamos realizando diagnóstico y tratamiento de mínimo acceso de cardiopatías, ya que contamos con un angiografo de última generación único en Latinoamérica, tenemos los precios más accesibles de la región lo que nos ha convertido en un centro de consulta en Centro América.

- ♥ Cateterismo Cardíaco
- ♥ Angiografías
- ♥ Angioplastia (Stent)
- ♥ Valvuloplastia Mitral
- ♥ Marcapaso
- ♥ Angiografía Diagnóstica
- ♥ Coronangiografía
- ♥ Diagnóstico y Tratamiento Integral de Enfermedades del Corazón
- ♥ Chequeo Cardiovascular Completo

Final 9ª Avenida Sur y Calle La Paz,  
costado oriente del Hotel Trópico Inn  
San Miguel, El Salvador, C.A.  
PBX: (503) 2661-0001

mercadeo@hospitaldeespecialidades.com.sv  
www.hospitaldeespecialidades.com.sv  
Llamadas locales dentro de El Salvador: 800-7003  
Para llamar desde EEUU.: 1800-273-1248