GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de wOlff Parkinson White

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica
IMSS-xxx-xx

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Vivir Mejor

Guía de Referencia Rápida

I45.6 Síndrome de Preexcitación

GPC

Diagnostico y Tratamiento del Síndrome de Wolff- Parkinson- White

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Es un padecimiento congénito de la conducción aurículo-ventricular relacionado con la presencia de un fascículo muscular de conducción anormal (vía accesoria) que conecta directamente la aurícula con el ventrículo estableciendo un cortocircuito en paralelo con el sistema de conducción normal.

El WPW es el más frecuente e importante de los síndromes de preexcitación y aparece en la gran mayoría de los casos de manera aislada (ausencia de cardiopatía), pero puede asociarse también a cardiopatías congénitas como la enfermedad de Ebstein. El impulso que procede de la aurícula desciende simultáneamente hacia los ventrículos por las dos vías de conducción, la vía normal y el fascículo accesorio por lo que en el electrocardiograma se observan los 3 datos clásicos: 1). Intervalo PR < 0.12" (≤0.09" niños). El ventrículo sobre el que está conectado el fascículo accesorio se excita primero (preexcitación ventricular) lo que explica el intervalo PR corto. 2). QRS ancho, ≥0.12" (≥ 0.09" niños). El estímulo que desciende por la vía normal excita más tarde el ventrículo contra lateral dando lugar al complejo ancho característicamente con un inicio lento y empastado (onda delta). 3). La repolarización es de tipo secundario, habitualmente con oposición de la onda T con la onda delta.

La expresión en el electrocardiograma representa entonces un complejo QRS de fusión. El fascículo accesorio relacionado con el WPW puede tener inserción septal o lateral, a lo largo de los anillos valvulares mitral o tricuspídeo y solo la continuidad mitro-aórtica suele encontrarse libre de vías accesorias.

Desde el punto de vista funcional las vías accesorias relacionadas con WPW conducen en sentido bidireccional, es decir: retrógrada y anterógrada. Las vías accesorias que solo tienen conducción unidireccional representan variantes de preexcitación (retrógrada: vías ocultas, anterógrada: Mahaim.

Si durante la taquicardia la despolarización ventricular se realiza por el sistema normal de conducción (el nodo AV es utilizado como brazo anterógrado y la vía accesoria como brazo retrógrado) se dice que la taquicardia es ortodrómica.

Por el contrario cuando la vía accesoria es utilizada como brazo anterógrado y el nodo AV como brazo retrógrado se dice que la taquicardia es antidrómica.

La taquicardia ortodrómica es la más frecuente y conduce con un QRS angosto a menos que exista un bloqueo de rama preexistente o conducción aberrante según la frecuencia cardíaca de la taquicardia.
La taquicardia antidrómica conduce con QRS ancho de máxima preexcitación. En presencia de FA y WPW se pueden observar variaciones en el grado de preexcitación.

FACTORES DE RIESGO

Se han descrito diversos factores en pacientes con bajo riesgo con evaluación no invasiva: 1.Bloqueo súbito de la VA (desaparición onda delta) durante el ejercicio, 2. Preexcitación intermitente y 3. Bloqueo de la VA después de fármacos antiarrítmicos. No obstante, estos factores tienen una sensibilidad y especificidad subóptimas.

El análisis estadístico univariado y multivariado indica que la edad al momento del diagnóstico, la inducibilidad de taquicarritmias en el estudio electrofisiológico y un periodo refractario anterógrado corto de la VA ≤250 ms son predictores independientes de eventos arrítmicos y taquiarrítmias potencialmente graves.

Edad <30 años (VPP 17%), inducibilidad de arritmias en el estudio electrofisiológico (VPP 29.7%), Periodo refractario anterógrado de la vía ≤ 250ms (VPP 38.4%), Un alto VPP 80% se obtiene cuando se combinan los tres factores (edad, inducibilidad y PREA-VA).

En población pediátrica media 10 años (8 a 12) el modelo estadístico univariado indica que la inducibilidad de taquiarrítmias, periodo refractario anterógrado (PREA-VA) corto de la VA ≤240 ms y presencia de VAs múltiples se asocian significativamente con el riesgo de eventos arrítmicos potencialmente graves. El análisis multivariado confirma que PREA-VA y VAs múltiples son predictores independientes.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico es inespecífico, se sospecha por la presencia de palpitaciones rápidas de inicio paroxístico y otros síntomas relacionados que pueden incluir: disnea, dolor torácico, pre-síncope/síncope.

Monitoreo ambulatorio Holter: método no invasivo útil para documentar y cuantificar la frecuencia y complejidad de la arritmia, correlacionarla con las síntomas del paciente y evaluar el efecto del tratamiento. Tiene baja sensibilidad y especificidad para la estratificación del riesgo.

Prueba de esfuerzo: el ejercicio puede o no inducir taquiarrítmias. Evaluar, el PRE anterógrado de la vía accesoria inducida por el ejercicio (persistencia, acentuación o desaparición de la preexcitación). Tiene baja sensibilidad y especificidad para la estratificación del riesgo.

Ecocardiograma: A todos los pacientes con WPW en quien se sospecha cardiopatía estructural.

El tratamiento farmacológico a largo plazo es aceptable solo en el paciente con WPW y episodios infrecuentes y tolerados de TRAV o que rechazan el procedimiento de ablación con catéter.La digoxina, verapamil y el diltiazem no son medicamentos que se recomienden como monoterapia en el tratamiento de pacientes con WPW, por el riesgo de favorecer la conducción anterógrada por la vía accesoria

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- La ablación con catéter por su relación costo-eficacia, costo-beneficio y seguridad es considerada el tratamiento de elección para ofrecer la curación del síndrome.

- En el 3° nivel de atención todos los pacientes con WPW sintomático deben ser elegidos para tratamiento con ablación con catéter y estratificación de riesgo.

INCAPACIDAD

El procedimiento de ablación con catéter se asocia con gran seguridad, en la mayoría se realiza bajo anestesia local, la recuperación es rápida, lo que permite al paciente deambular incluso la mañana siguiente al procedimiento ablativo y su egreso en las próximas 24 horas. Se recomienda un periodo de incapacidad médica por 3 a 7 días de acuerdo al caso individual. El paciente debe retornar a sus actividades laborales al final de la misma.

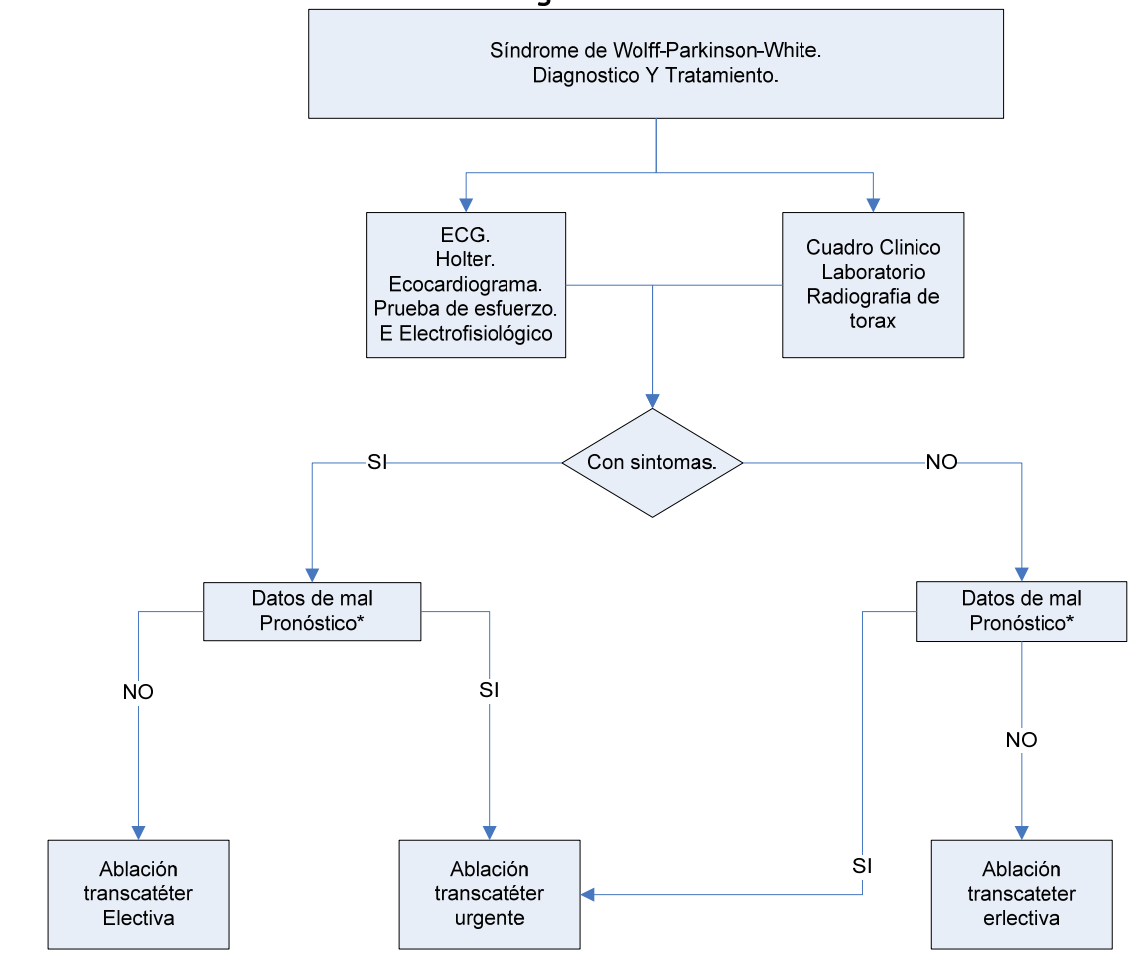
Recomendaciones para indicar ablación por radiofrecuencia.

ARRITMIA	RECOMENDACION	CLASE	NIVEL DE EVIDENCIA
Taquicardia por reentrada A-V con QRS angosto. Sintomatica bien tolerada	Ablación TC por RF. Flecainida, propafenona. Sotalol,amiodarona,BB. Verapamil,diltiazem,digoxin.	I IIa IIa III	B C C C
Taquicardia por reentrada A-V con QRS angosto. Sintomática mal tolerada o FA	Ablacion TC por RF.	I	B
Pre-excitacion, asintomatico.	No tratamiento. Ablacion TC por RF	I IIa	C B

Modificado de Blomstrom-Lundqvist,Scheinman et al. AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients.

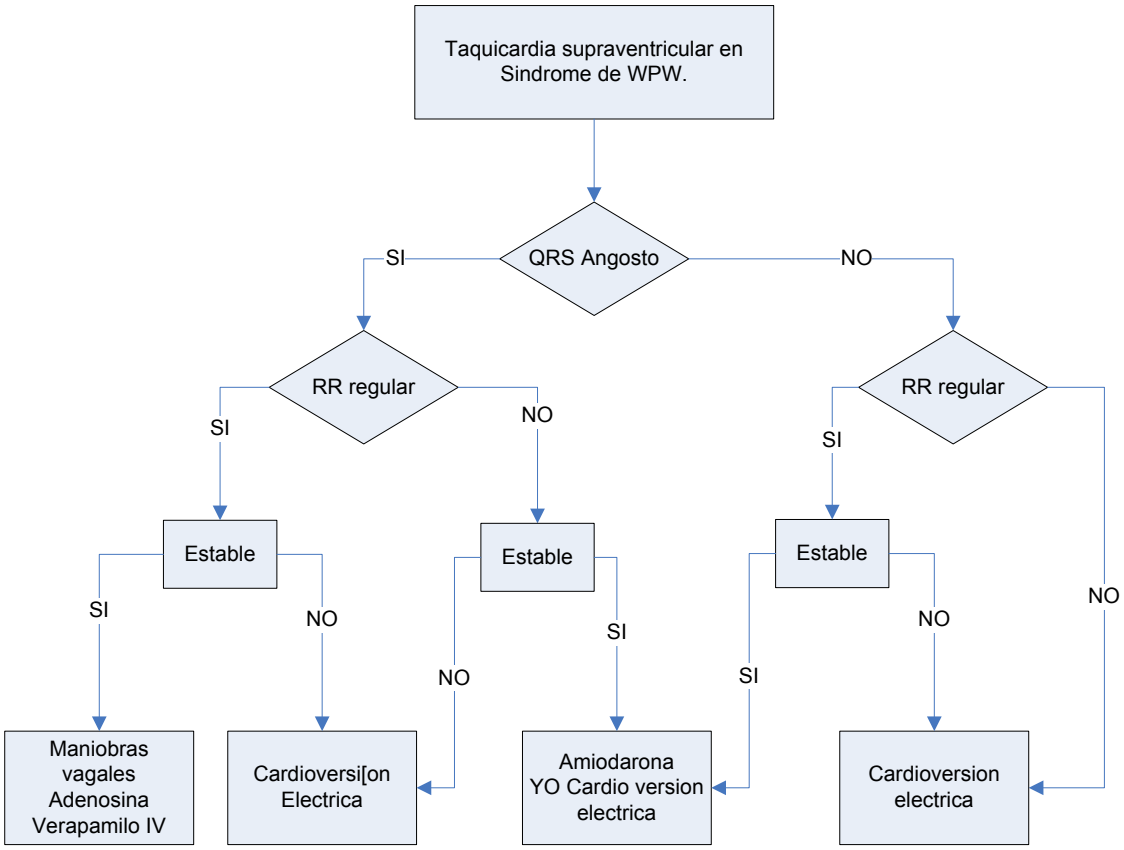
Algoritmos

Algoritmo 1.



* PREA<250ms
Vías accesorias múltiples.
FA.
Taquicardia>240/min.
Cardiopatías asociadas.

Algoritmo 2.


Taquicardia supraventricular en Sindrome de WPW.
QRS Angosto
SI
NO
RR regular
RR regular
SI
NO
SI
Estable
Estable
Estable
SI
NO
NO
SI
NO
SI
NO
Maniobras vagales Adenosina Verapamilo IV
Cardioversi[on Electrica
Amiodarona YO Cardio version electrica
Cardioversion electrica