

IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA

**FIBRILACIÓN AURICULAR POR VÍA ACCESORIA EN UN ADULTO.
CONTRADICCIÓN DE ABLACIONAR O NO A PACIENTES ASINTOMÁTICOS**

**ATRIAL FIBRILLATION THROUGH ACCESSORY PATHWAY IN AN ADULT. CONTRADICTION IN
WHETHER TO ABLATE OR NOT ASYMPTOMATIC PATIENTS**

MSc.Dr. Elibet Chávez González¹, Lic. Raimundo Carmona Puerta²

1. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cardiología. Servicio de Electrofisiología Cardíaca y Estimulación. Cardiocentro "Ernesto Che Guevara". Villa Clara. Cuba. Profesor Asistente.
2. Especialista de II Grado en Fisiología Normal y Patológica. Servicio de Electrofisiología Cardíaca y Estimulación. Cardiocentro "Ernesto Che Guevara". Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Profesor Asistente.

Palabras clave: Fibrilación atrial; vía accesoria; muerte súbita cardíaca; ablación por catéter
Key words: Atrial fibrillation; accessory pathway; sudden cardiac death; catheter ablation

Al ser la contradicción la base del desarrollo, en algún momento los agonistas y antagonistas se pondrán de acuerdo en cuanto a si se debe o no realizar la ablación en pacientes con síndrome de Wolff-Parkinson-White (S-WPW) asintomático. Se sabe que las arritmias cardíacas de alta peligrosidad son frecuentes en los pacientes que presentan vía accesoria (VAcc). Estas pueden tener carácter sincopal, asociarse entre sí, representar el inicio de la expresión clínica de la VAcc, y llevar a la muerte súbita (MS) a jóvenes con el corazón aparentemente sano.

A nivel internacional se han realizado estudios para re-

solver esta contradicción; sin embargo, si consideramos que las taquiarritmias por VAcc pueden producir MS, entonces sería prudente la realización de ablación a todo paciente que sea llevado a un laboratorio de electrofisiología por alguna indicación médica específica.

Se presenta el caso de un paciente de 52 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y evidencia de una VAcc en el electrocardiograma (ECG), que no había sido remitido a consultas especializadas por no tener el antecedente referido de arritmias. Acude a cuerpo de guardia de su municipio por haber sentido palpitaciones que le desencadenaron una taquicardia, acompañada de sudoración y dolor precordial. Por tal motivo se le realizó un ECG (Fig 1), que muestra la presencia de fibrilación auricular por VAcc. Una vez administrados los medicamentos endovenoso-

Correspondencia: MSc.Dr. E Chávez González
Calle 1^{ra}. Nº 18, entre Unión y Río
Reparto Ramón Ruiz del Sol
Santa Clara, Villa Clara. Cuba
Correo electrónico: elibet@capiro.vcl.sld.cu

Para detener la taquicardia y lograr este objetivo, se le realizó otro ECG (Fig 2), que reveló la evidencia de VAcc lateral izquierda, según la topografía electrocardiográfica.

Es sabido que la contradicción está basada en ablacionar o no a pacientes asintomáticos de bajo riesgo, con seguimiento médico. Pero, ¿cuál hubiera sido la evolución de este paciente si su primera fibrilación auricular por la VAcc se hubiera visto acompañada de un episodio de MS en el área rural donde reside? Es por eso que nos unimos a los agonistas que plantean

realizar ablación de la VAcc a todo paciente con seguimiento médico, y que precise de un estudio electrofisiológico. Una vez que se decida realizarlo y se encuentren todos los electro-catéteres dentro del corazón, se debe realizar la ablación de la VAcc manifiesta. Se conoce que existe un menor porcentaje de pacientes donde la VAcc puede recidivar después de su ablación. En ese caso continuaría el seguimiento desde el punto de vista clínico, y se decidiría la ablación ante cualquier aparición de arritmias que involucren la VAcc.

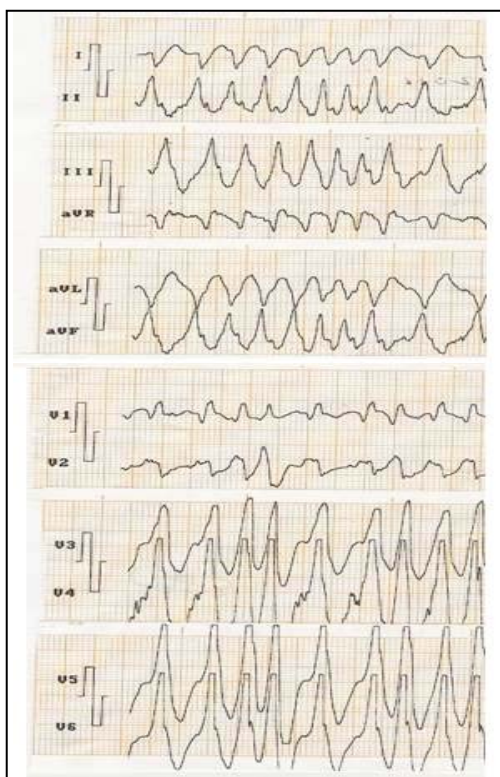


Fig 1. Trazado electrocardiográfico que demuestra la presencia de fibrilación auricular utilizando la VAcc anterógradamente.

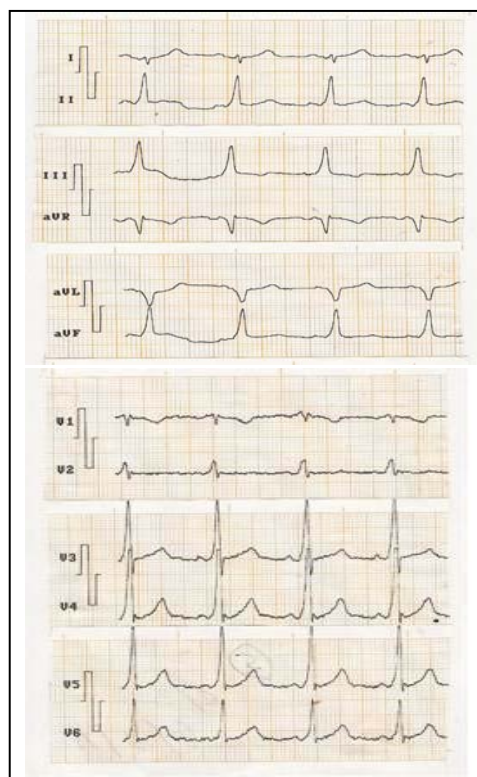


Fig 2. Trazado electrocardiográfico que demuestra la presencia de VAcc lateral izquierda.