



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“WOLFF PARKINSON WHITE PEDIÁTRICO: REPORTE DE  
CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

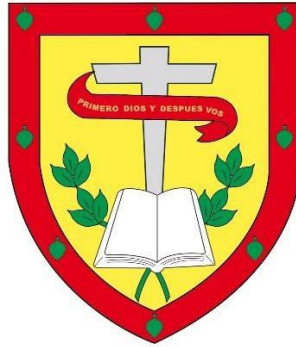
**AUTOR: MIGUEL SANTIAGO PANAMÁ CHICA**

**DIRECTOR: DR. FABIÁN ANDRÉS MERCHÁN BUSTOS**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“WOLFF PARKINSON WHITE PEDIÁTRICO: REPORTE DE  
CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: MIGUEL SANTIAGO PANAMÁ CHICA**

**DIRECTOR: DR. FABIÁN ANDRÉS MERCHÁN BUSTOS**

**CUENCA - ECUADOR**


**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**Miguel Santiago Panamá Chica** portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º 0106340276. Declaro ser el autor de la obra: “**Wolff Parkinson White Pediátrico: Reporte de Caso**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 19 de febrero de 2024

F:  .....

**Miguel Santiago Panamá Chica**  
C.I. 0106340276

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Wolff Parkinson White Pediátrico: Reporte de Caso**" realizado por **Miguel Santiago Panamá Chica** con documento de identidad No. **0106340276**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 19 de febrero de 2024



F: .....

**Dr. Fabián Andrés Merchán Bustos**  
**DIRECTOR / TUTOR**

## **DEDICATORIA**

A mi idolatrada madre Dilma, porque al tiempo que me brindaba su amor, educaba mi ser, forjaba mis sentimientos, plasmaba en bien mi vida. Madre, tu ternura es piedra angular de mi existencialismo humano. Que el CREADOR te bendiga.

A mi querido y respetado padre Aurelio, por ser pilar fundamental en mi desarrollo vivificante, porque su ejemplo y consejos han forjado con valores mi vida; gracias por enseñarme que el valor de la lucha diaria es aceptando los desafíos sin dar tregua sin claudicar. Que el CREADOR te guarde siempre.

Por ustedes y para ustedes queridos padres.

## AGRADECIMIENTO

Gracias “CREADOR” porque a tiempo te encontré y me ayudaste a visualizar la fortaleza en las penumbras de mi existencia; pero sobre todo por permitirme llegar optimista a este hermoso instante de mi vida.

A mi familia, especialmente a mis padres que, con mucho esfuerzo sacrífico y amor me apoyan con el mejor regalo del mundo “la educación” con ello decido ser parte de la solución de los más grandes problemas del hombre.

A mis hermanos José Alejandro y Carlos Andrés por ser y estar en los precisos momentos en que más necesité una compañía, un concejo, que al final han fortalecido mi espíritu.

A mi abuelita Olga, por su original forma de ser, y por sus muy oportunas y hermosas oraciones al ALTISIMO para que me ayude a encontrar poco a poco el camino que me conduce a conquistar la profesión que tanto anhelo: Medicina.

A mis ángeles del cielo, quienes me vieron iniciar mi carrera cuando aún permanecían en esta dimensión, seguro estoy que hoy desde el cielo, observan mi fruto alcanzado.

Y a todas esas maravillosas personas, mis cuñadas, mis sobrinos, tíos, primos y amigos que de una u otra manera aportaron para que el fruto cultivado madure en una profesión que lo sabré ejercer con mucha, muchísima “Dignidad”

Con todo mi amor, respeto y admiración

Miguel Santiago Panamá Chica

## RESUMEN

**Antecedentes:** El síndrome de Wolff Parkinson White se caracteriza por ser una anomalía cardíaca que afecta del 0.15% al 0.3% en la población pediátrica, presentando como sintomatología más común una taquicardia supraventricular, que al persistir puede desencadenar una muerte súbita.

**Descripción del caso:** Paciente femenina de 7 años de edad, con antecedentes de obesidad y prematuridad, presenta constantemente síntomas de dolor precordial de inicio súbito, cianosis y una frecuencia cardíaca mediante electrocardiograma de 300 latidos por minuto al realizar deporte o estar en reposo. Pese a ser tratada con verapamilo presentar nuevamente dichos síntomas por lo cual es referida a un hospital de mayor complejidad para valoración en cardiología. Durante su valoración el estudio electrofisiológico demostró un patrón de preexcitación compatible con Síndrome de Wolff Parkinson White oculto y potenciales aurículo ventriculares fusionados a nivel posterolateral del anillo mitral.

**Conclusión:** La ablación es el mejor tratamiento para el síndrome de Wolff Parkinson White, así mismo, el diagnóstico oportuno ayudaría a mejorar la calidad de vida de las personas quienes la padecen, evitando en el peor de los casos una muerte súbita.

**Palabras clave:** Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Taquicardia supraventricular. Ablación por catéter.

## ABSTRACT

**Background:** Wolff-Parkinson-White syndrome is characterized as a cardiac anomaly that affects 0.15% to 0.3% of the pediatric population, presenting supraventricular tachycardia as the most common symptomatology, which, when persisting, can trigger sudden death.

**Case description:** A 7-year-old female patient with a history of obesity and prematurity constantly presents symptoms of sudden onset precordial pain, cyanosis, and heart rate on an electrocardiogram of 300 beats per minute when playing sports or at rest. Despite being treated with verapamil, these symptoms recurred, and she was referred to a more complex hospital for cardiology evaluation. During her evaluation, the electrophysiological study showed a pre-excitation pattern compatible with occult Wolff-Parkinson-White Syndrome and fused atrioventricular potentials at the posterolateral level of the mitral annulus.

**Conclusion:** Ablation is the best treatment for Wolff-Parkinson-White syndrome, and a timely diagnosis would help to improve the quality of life of patients, avoiding sudden death in the worst case.

**Keywords:** Wolff-Parkinson-White syndrome. Supraventricular tachycardia. Catheter ablation.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>REPORTE DEL CASO.....</b>	<b>12</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>17</b>
<b>CONFLICTO DE INTERESES .....</b>	<b>18</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>19</b>

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Wolff Parkinson White ha tenido una trascendencia significativa, desde que se reportó en 1930 (1), caracterizándose por ser una alteración del sistema de conducción del corazón, donde el portador puede presentar signos y síntomas como arritmias, taquicardia, incluso muerte súbita (2). Dentro de la epidemiología se ha reportado que, por cada 2000 habitantes, una tiene esta patología, además, existe una correlación 2 a 1 con predominio en sexo masculino a nivel global (3). En Latinoamérica la prevalencia no está clara por falta de estudios, en Ecuador, según la revista Metro Ciencia, la incidencia es de 1,5 por cada 1000 habitantes (4).

En un corazón fisiológicamente normal, el nódulo sinusal (NS) es el que genera los impulsos eléctricos a través de la aurícula derecha, existe un conector entre las aurículas y ventrículos llamado nódulo auriculoventricular, por donde pasa el estímulo eléctrico para dirigirse al haz de His y posteriormente pasar por las fibras de Purkinje llegando al miocardio (3). Sin embargo, la existencia de redes anormales entre aurículas y ventrículos, hacen que la descarga eléctrica alcance de manera precoz a los ventrículos dando como resultado una preexcitación y llevando a taquiarritmias (5).

Los signos y síntomas relacionados son la taquicardia, angina de pecho, cianosis, agitación, taquipnea, debilidad generalizada, síncope, entre otros (6). El diagnóstico se basa en la clínica con la utilización del electrocardiograma, donde evidenciaremos un intervalo PR corto, es decir menos de 120 milisegundos (ms), complejo QRS ensanchado (más de 120 ms) y la presencia de una onda delta ocasionada por la preexcitación del ventrículo (7,8).

Existen dos mecanismos que genera una taquicardia por reentrada auriculoventricular que son: 1. ortodrómico y 2. antidrómico. En el primer mecanismo; la conducción inicia desde las aurículas teniendo una dirección anterógrada por medio del nódulo AV al ventrículo y conducción anterógrada por medio de la vía accesorio, dando como resultado un QRS estrecho, debido a que se usa la red His-Purkinje. Mientras que el segundo mecanismo ocurre todo lo contrario, con la conducción anterógrada que circula desde las aurículas por medio de la vía accesorio hasta el ventrículo y conducción retrograda que regresa al nódulo AV, ocasionando un QRS ancho (9,10).

El tratamiento para la taquicardia supraventricular en pacientes hemodinámicamente estables consiste en realizar la maniobra Valsalva o Vagal modificada que se diferencian por variaciones

en la postura (11, 12). El tratamiento farmacológico de primera línea es la adenosina o verapamilo por vía venosa, pues tienen una efectividad entre el 80 – 90% (13,14). En caso de existir contraindicaciones a la adenosina o de que la misma no revierta los síntomas, se puede utilizar el verapamilo lentamente en bolo por vía endovenosa. Las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología manifiesta que se pueden utilizar el verapamilo, atenolol o flecainida por vía oral (15).

La ablación se utiliza como método diagnóstico y terapéutico pues ayuda a localizar la vía anómala (16). Mediante radiofrecuencia se crea lesiones en el área donde existe la vía accesoria del corazón. El tejido lesionado bloquea los estímulos eléctricos anormales dando como resultado un latido cardiaco normal (17).

Según la literatura científica el Síndrome de Wolff Parkinson White, se presenta mayoritariamente en adultos, con más frecuencia en el sexo masculino, en relación al caso, se trata de una paciente pediátrica de sexo femenino, que representaría a menor porcentaje que desarrolla este problema, además, se dice que mientras más temprano inicie la sintomatología, mayor riesgo de muerte súbita posee quien lo padece.

## REPORTE DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 7 años de edad, nacida y residente del cantón Santa Isabel – Azuay – Ecuador, estudiante de primaria, grupo sanguíneo O Rh+, con antecedentes de prematuridad y obesidad grado 1, quien presenta un cuadro clínico de dolor precordial, taquicardia, cianosis y debilidad generalizada, de inicio súbito o al realizar actividad física. Acude a casa de salud siendo valorada por médico general.

En el examen físico se evidenció piel fría, pálida y húmeda, labios cianóticos, panículo adiposo considerable, frecuencia respiratoria 27 respiraciones por minuto, acompañado de dolor torácico retroesternal de intensidad 9/10 según la Escala visual analógica (EVA), con irradiación a brazo izquierdo y cuello. El electrocardiograma de ingreso mostró una taquicardia con una frecuencia cardíaca aproximada de 280 latidos por minuto, para su manejo se realizaron maniobras vagales y administran adenosina cediendo el cuadro. Sin embargo, es ingresada en múltiples ocasiones durante el lapso de un año por presentar síntomas similares. Al tener una sospecha diagnóstica es enviada a un hospital de mayor complejidad para una valoración en cardiología.

Dos días previo a la valoración cardiológica la paciente refiere presentar; palpitaciones acompañado de dolor retroesternal, diaforesis, sensación de lipotimia. Durante la actual consulta se realiza un electrocardiograma donde se evidencia Taquicardia por Reentrada Auriculo Ventricular de Localización Posterior Izquierda (TRAV) de alta frecuencia con 300 lpm; presenta un examen físico normal, le realizan un trazado electrocardiográfico más ecocardiograma (tabla 1) y prescriben Verapamilo de 120mg, 1 diario por 30 días.

**Tabla 1: Exámenes Complementarios**

<b>Exámenes complementarios</b>	
<b>Trazado electrocardiográfico</b>	Trazado electrocardiográfico sinusal con frecuencia cardíaca de 71 lpm, conducción auriculoventricular 1A1 con PR de 120 msg, repolarización y ST.
<b>Ecocardiograma</b>	Sin defectos estructurales y con adecuada función biventricular, con



*Fuente: Elaboración propia, historia clínica de la clínica médica del sur*

Al tener un cuadro clínico y epidemiología sugerente de TRAV por vía accesoria se deriva al Hospital José Carrasco Arteaga (IESS) para estudio y tratamiento. El 27/12/2018 se le realizó un estudio electrofisiológico más ablación (Tabla 2), los datos electrocardiográficos fueron: onda P: 69ms, intervalo PR: 117ms, eje: 40 grados, ORS: 110ms, intervalo QTc: 369ms, eje T: 45 grados.

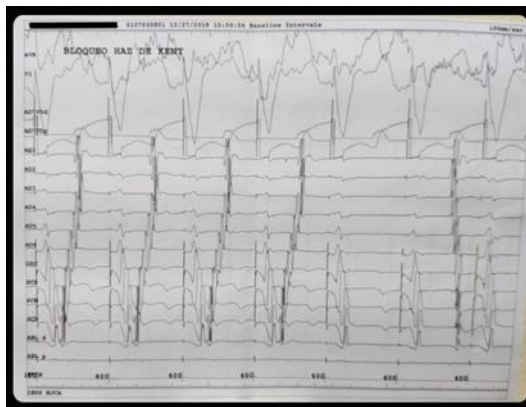
Realizan intervención electrofisiológica en la tabla 2

**Tabla 2: Informe de la intervención electrofisiológica Invasivo más Ablación**

<b>Datos electrofisiológicos</b>	
Estimulación supraventricular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Punto de Wenckebach: 400ms</li> <li>• Inducción de taquicardia supraventricular por reentrada auriculoventricular.</li> </ul>
Estimulación ventricular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducción ventrículo-auricular (retrograda): presente de características excéntricas.</li> </ul>
Arritmias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se indujo una taquicardia, complejo QRS estrecho, intervalo R-R regular y presencia de onda P retrograda con intervalo PR de 120ms.</li> </ul>
Mapeo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizó un mapeo de Haz de Kent por medio de punción transeptal interauricular guiado por radioscopía con</li> </ul>

	estimulación ventricular, consiguiendo potenciales VA fusionados a nivel posterolateral del anillo mitral.
Ablación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizó ablación por medio de radiofrecuencia termocontrolada, observando parámetros de temperatura e impedancia adecuados, observando bloqueo de Haz de Kent luego de 2,7 segundos de aplicación.</li> <li>• Reestudio electrofisiológico: bloqueo de conducción VA hasta 15 minutos posteriores a la ablación.</li> </ul>
Conclusión diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Territorio supraventricular: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabilidad eléctrica supraventricular.</li> <li>- Taquicardia supraventricular por reentrada auriculo ventricular.</li> <li>- Ablación de Haz de Kent de localización posterolateral izquierda.</li> </ul> </li> <li>• Conducción auriculo ventricular: conservada.</li> <li>• Territorio ventricular: estabilidad eléctrica ventricular. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin complicaciones.</li> </ul> </li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia. Informe IESS.*

**Imagen 1: Electrocardiograma****Imagen 2: Bloqueo del Has de Kent****previo ablación****Fuente:** Servicio de Imagenología IESS**Fuente:** Servicio de Imagenología IESS**Imagen 3: Electrocardiograma post ablación****Fuente:** Servicio de Imagenología IESS

**Evolución:** este estudio se definió como un síndrome de Wolff Parkinson White oculto sin una previa anomalía, debido a los reiterados síntomas que presentó en distintas ocasiones por más de un año, se decidió intervención mediante ablación, donde se pudo obtener una estabilidad eléctrica conservada.

Posterior a la ablación se dictaminó chequeos mensuales por 6 meses donde se pudo verificar la estabilidad eléctrica y hemodinámica que se consiguió durante el procedimiento, actualmente la paciente se encuentra realizando sus actividades deportivas, las mismas que se prohibieron debido a que desencadenaba la sintomatología, mejorando su calidad de vida.

## DISCUSIÓN

El síndrome de WPW, es una enfermedad eléctrica cardiaca congénita que se caracteriza por la presencia de una vía eléctrica adicional conocida como vía accesorio, la cual provoca una conducción eléctrica anormal dando como resultado taquicardias supraventriculares, la mayoría de los casos no presentan cardiopatías asociadas (18).

En la población pediátrica se ha visto que un 65% - 90% pueden ser asintomáticos, un estudio realizado por Mori H et al, mencionan que si presenta síntomas a temprana edad tiene más riesgo de padecer muerte súbita (19); En este caso, la paciente por su edad (7 años) se encuentra dentro del grupo etario con riesgo. Otro estudio realizado por Pappone C et al, han demostrado que no es tan favorable el pronóstico en niños asintomáticos de 4 a 10 años con WPW (20); Si comparamos con este estudio, la paciente si presentó síntomas dándole un pronóstico positivo.

En Latinoamérica no existe evidencia científica necesaria sobre la prevalencia, pero en Ecuador, según la revista Metro Ciencia, la incidencia es de 1,5 por cada 1000 habitantes (4). Según los autores Chubb H et al, el WPW tiene una relación 2 a 1 presentándose con mayor frecuencia en hombres que, en mujeres, en edad adulta, aunque puede ser diagnosticado a cualquier edad (21); En relación al caso, la paciente es de sexo femenino y se diagnosticó dicho síndrome a los 7 años, perteneciendo al grupo con menos frecuencia para desarrollar esta enfermedad.

Un estudio realizado por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud de Colombia (IETS) menciona que el tratamiento para pacientes pediátricos depende de la presencia o ausencia de síntomas; en pacientes asintomáticos no se requiere tratamiento, pero se recomienda un seguimiento regular; mientras que en pacientes sintomáticos el tratamiento incluye medicamentos para controlar la frecuencia cardiaca o la ablación por radiofrecuencia en niños mayores de 5 años (22); en relación al caso, la paciente presentó síntomas, por tal motivo se controló la frecuencia cardiaca mediante medicación (verapamilo).

Melgar L et al, sugiere que para el tratamiento en pacientes con crisis sintomáticas a repetición se basarse en diversos factores (edad, cardiopatías coligadas, peso, etc.), de modo que la ablación por radiofrecuencia es la mejor alternativa pues se ha visto que tiene una efectividad del 90% de casos (16); En nuestro caso, debido a los reiterados síntomas presentados por la paciente, se optó por realizar una ablación como tratamiento definitivo para el WPW.

## CONCLUSIONES

El síndrome de Wolff Parkinson White es una enfermedad que se caracteriza por presentar una anomalía en el sistema de eléctrico del corazón que puede desembocar signos y síntomas típicos como: arritmias, taquicardia, dolor precordial y en el peor de los casos muerte súbita.

Una correcta interpretación del electrocardiograma en los hospitales básicos, podría ayudar en el diagnóstico oportuno del especialista, ya que el Síndrome WPW presenta un intervalo PR corto (menos de 120 ms), complejo QRS ensanchado (más de 120 ms) y una onda delta ocasionada por la preexcitación del ventrículo.

Dentro de los tratamientos no invasivos para el WPW en pacientes hemodinámicamente estables, se incluye la maniobra Valsalva o Vagal modificada. El tratamiento farmacológico para los pacientes que presentan síntomas repetitivos, y que las maniobras no resultan efectivas, se utilizan como primera línea la adenosina o el verapamilo por vía venosa, pues tienen una efectividad entre el 80 – 90%.

La ablación es la mejor técnica como tratamiento, sin embargo, este procedimiento no está libre de complicaciones.

**CONFLICTO DE INTERESES**

No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Iqbal A, Ghazni M, Mubarik A, Zubair N, Jamal S. The Conversion of WolffParkinson-White (WPW) Pattern into WPW Syndrome in the Presence of Ischemia: A Case Report. *Cureus*. [Internet] 2019 [citado 20 de junio de 2023]; 11(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31058030/>
2. Ali R, Tahir A, Nadeem M, Shakhathreh M, Faulknier B. Antidromic Atrioventricular Reentry Tachycardia with Wolff Parkinson White Syndrome: A Rare Beast. *Cureus*. [Internet] 2018 [citado 20 de junio de 2023]; 10(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30034964/>
3. Barquero A. Imagen: Síndrome de preexcitación – Wolf Parkinson White. *Rev Fac Med Uni Iberoamérica* [Internet] 2023 [citado 20 de junio de 2023];2(2). Disponible en: <https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/RFMUI/article/view/166>
4. Janson C, Millenson M, Okunowo O, Dai D, Christmyer Z, Tan R, et al. Incidence of life-threatening events in children with Wolff-Parkinson-White syndrome: Analysis of a large claims database. *Heart Rhythm*. [Internet] 2022 [citado 15 de junio de 2023].;19(4):642-647. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902591/>
5. Etheridge S, Gakenheimer L, Asaki S, Niu M. Asymptomatic Wolff Parkinson White Syndrome: An Ounce of Prevention Is Worth the Risk of Cure. *Curr Cardiol Rep* [Internet] 2023 [citado 20 de junio de 2023];25(6):534-551. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37115433/>
6. Fujino T, De Ruvo E, Grieco D, Scará A, Borrelli A, De Luca L, et al. Clinical characteristics of challenging catheter ablation procedures in patients with WPW syndrome: A 10 year single-center experience. *Jourl. Cardiol*. [Internet] 2020 [citado 21 de junio de 2023];76(4):420-426. Disponible en: <http://www.journalof-cardiology.com/article/S0914508720301623/fulltext>
7. Davenport E, Rupp K, Palileo E, Haynes J. Asymptomatic wolff-parkinson-white pattern ECG in USAF aviators. *Aerosp Med Hum Perform*. [Internet] 2017 [citado 21 de junio de 2023];88(1):56-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28061924/#:~:text=Introduction%3A%20Wolf%2DParkinson%2DWhite,affecting%20the%20safety%20of%20flight>.
8. Huttelmaier M, Herting J, Fischer T. Atrioventricular 2:1-conduction via an accessory pathway during left atrial flutter unmasking WPW syndrome: a case report. *Eur Heart*

- Jour [Internet] 2022 [citado 21 de junio de 2023];6(7):1-5. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/ejcr/ytac250>
9. Chhabra L, Goyal A, Benham M. Wolff-Parkinson-White Syndrome. Exercise Physiology for the Pediatric and Congenital Cardiologist. [Internet] 2023 [citado 21 de junio de 2023];227-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554437/>
  10. Hamriti M, Braun M, Molatta S, Imnadze G, Khalaph M, Lucas P, et al. EASYWPW: a novel ECG-algorithm for easy and reliable localization of manifest accessory pathways in children and adults. Europace [Internet] 2023 [citado 21 de junio de 2023];25(2):600-609. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36504238/>
  11. Moraga A, Gómez E, Rodríguez E, Lucas A. Maniobra de Valsalva para la reversión de taquicardia supraventricular. Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):15. España
  12. Drummond D. Enseñar la maniobra de Valsalva modificada para poner fin a la taquicardia supraventricular. Nursing (Brux) [Internet] 2019 [citado 21 de junio de 2023];36(4):56. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-ensenar-maniobra-valsalva-modificada-poner-S0212538219301013>
  13. Lange R, Nguyen V, Abedin Z. Pre-excitation Due to Fascicular-Ventricular Pathway: An Electrocardiographic Diagnosis: A Case Report. J Invest Med High Impact Case Rep [Internet] 2022 [citado 22 de junio de 2023];10. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23247096211073261>
  14. Del Castillo S, Sierra L. Valoración y diagnóstico del síndrome de Wolff Parkinson White en Atención Primaria. Medifam [Internet]. 2001 [citado 22 de junio de 2023];11(7):9-22. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000700002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000700002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  15. Medrano A, Moya R, Escot I. Taquicardia supraventricular paroxística (presentación de dos casos). Med Famil SEMERGEN [Internet] 2001 [citado 22 de junio de 2023];27(11):594-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/esrevista-medicina-familia-semergen-40-articulo-taquicardia-supraventricularparoxistica-presentacion-dos-13023110>
  16. Melgar L, Chipa F. Ablación por radiofrecuencia en pediatría: características clínicas, electrofisiológicas y terapéuticas en un hospital pediátrico peruano. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc [Internet] 2021 [citado 22 de junio de 2023].;2(4):219-226. Disponible en: <https://apcyccv.org.pe/index.php/apccc/article/view/167/254>

17. Escudero C, Ceresnak S, Collins K, Pass R, Aziz P, Blafox A, et al. Loss of ventricular preexcitation during noninvasive testing does not exclude high-risk accessory pathways: A multicenter study of WPW in children. *Heart Rhythm*. [Internet] 2020 [citado 22 de junio de 2023].;17(10):1729-1737. Disponible en: [https://www.heartrhythmjournal.com/article/S1547-5271\(20\)30533-6/fulltext](https://www.heartrhythmjournal.com/article/S1547-5271(20)30533-6/fulltext)
18. Wolff-Parkinson White Syndrome (WPW) and Atrioventricular Reciprocating Tachycardia (AVRT). [Internet]. in Washington DC. Washington Heart Rhythm Associates, LLC. 2020 [citado 15 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.washingtonhra.com/arrhythmias/wolff-parkinson-white-syndromewpw-and-atrioventricular-reciprocating-tachycardia-avrt.php>
19. Mori H, Sumitomo N, Tsutsui K, Nabeshima T. A novel mechanism of sudden infant death syndrome during atrioventricular reentrant tachycardia: a case report. *Euro. Societ. Cardio*. [Internet] 2022 [citado 15 de junio de 2023]; 6(1):1-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytac240>
20. Pappone C, Vicedomini G, Manguso F, Baldi M, Petretta A, Giannelli L, et al. The natural history of WPW syndrome. *European Heart Journal Supplements* [Internet] 2015 [citado 20 de junio de 2023];17:A8-A11. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/suv004>
21. Chubb H, Campbell R, Motonaga K, Manejo del Wolff-Parkinson-White asintomático en niños. *IntraMed*. [Internet] 2020 [citado 15 de junio de 2023].; 233(1):88-95. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=95275>
22. Efectividad y seguridad de la ablación por radiofrecuencia en taquicardia supraventricular. 20 th. ed. Bogotá, DC, Colombia. Insti. Eval. Tec. Salud. 2013.

**GLOSARIO**

## **ANEXOS**

1. Consentimiento informado
2. Puede anexar si desea tablas que incluyan los artículos que fueron analizados para la discusión.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Miguel Santiago Panamá Chica** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106340276**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Wolff Parkinson White Pediátrico: Reporte de Caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 19 de febrero de 2024

F:  .....

**Miguel Santiago Panamá Chica**  
C.I. 0106340276