

# La conducta terapéutica en el bloqueo AV total en niños

Dr. Andrés R. Pérez Riera

La misma se relaciona con la edad. En lo que se refiere al tratamiento de los fetos hay poca experiencia. Cuando éstos presenten signos de sufrimiento y / o ICC, el parto debe realizarse tan pronto como haya condiciones obstétricas seguras. En estos casos, el tratamiento intensivo para la IC, basado en agentes inotrópicos, diuréticos y la posibilidad de implante de marcapaso deben estar disponibles poco después del nacimiento. En el pasado, algunos intentos de estimulación intrauterina se realizaron en fetos con sufrimiento que no presentaban condiciones de parto, con éxito por pocas horas.

Los recién nacidos con BAVT completo deben ser colocados en UTI neonatal, con monitorización continua. La decisión de colocación de marcapaso depende de presencia de hidropsia, la frecuencia ventricular y de la probabilidad de ocurrir muerte súbita, que parece ser mayor si la frecuencia ventricular es **< 55 bpm y la auricular, > 140 bpm.**

En niños de más de un año la decisión con respecto al implante de marcapaso es menos clara y generalmente debe involucrar la ergometría y el Holter para evaluar el aumento de la intolerancia al ejercicio, las arritmias y la FC. Los pacientes en los que la actividad física está comprometida deben recibir un implante de marcapasos.

La prueba ergométrica es valiosa en la determinación de la intolerancia al ejercicio y en la evaluación de ectopias ventriculares. Tanto el síncope como la muerte súbita en estos niños pueden ser causados por arritmia ventricular o bradicardia severa. La ectopia ventricular puede ser un factor de alto riesgo para tales eventos, sin embargo, no está claro si está realmente aumenta el riesgo en estos pacientes o si el implante de marcapasos los protegería. Se necesitan más estudios todavía.

En aquellos niños con cardiopatía cardíaca congénita asociada, consideraciones en cuanto a la severidad y repercusión hemodinámica del defecto anatómico deben ser analizadas en la indicación de marcapaso. Aunque varios autores afirman que cualquier niño con FC persistente <35 lpm debe ser sometido al implante de marcapaso varios pacientes soportan FCs más bajas. El principal criterio para el implante es la sintomatología y la presencia de insuficiencia cronotrópica (incapacidad de la FC adaptarse a las necesidades derivadas de la vida diaria) y en los pacientes asintomáticos, sólo aquellos con FC  $\leq 35$  ppm deben someterse al implante. Esta conducta también es soportada por el frecuente intercambio de marcapasos a que son sometidos niños de baja edad, dependientes del mismo, en función de su crecimiento, o de la baja longevidad y del tamaño de los generadores disponibles.

Los pacientes con BAVT aislados (sin cardiopatía congénita asociada), mayores de un año, deben ser separados en dos grupos: sintomáticos y asintomáticos. En el primero, cuyas manifestaciones principales son:

- 1) *Bajo débito cardíaco,*
- 2) *Intolerancia a los esfuerzos*
- 3) *Síncope*

- 4) *Insuficiencia cardiaca*
- 5) *Aumento del área cardíaca*
- 6) *Déficit de estatura o ponderal significativo*

En resumen, la conducta será así:

I. Sintomáticos: implante de marcapaso definitivo a todos

II. Asintomáticos

- a) **FC > 50lpm** no indicado; apenas acompañar para detección precoz de síntomas o cardiomegalia
- b) **FC entre 35 y 50 lpm** indicado el implante si se observa aumento del área cardíaca, QT prolongado y/o insuficiencia cronotrópica (incapacidad de la FC de adaptarse a las necesidades derivadas de la vida diaria)
- c) **FC < 35 lpm** indicado a todos.

### **Bloqueo atrio-ventricular del tercer grado indicación de marcapaso**

Clase I

- 1) Bloqueo atrio-ventricular total (BAVT) permanente o intermitente, irreversible, de cualquier etiología o localización, con síntomas definidos de bajo débito cerebral y / o insuficiencia cardiaca, consecuentes a la bradicardia;
- 2) BAVT asintomático, consecuente a un infarto agudo de miocardio, persistente por más de 15 días;
- 3) BAVT asintomático, consecuente a la cirugía cardíaca, persistente por más de 15 días, con QRS ancho;
- 4) BAVT asintomático, consecuente a la cirugía cardíaca, persistente por más de 15 días, con QRS estrecho y ritmo de escape infra-nodal;
- 5) BAVT asintomático, irreversible, de localización intra o infra-His, o con ritmo de escape infra-His;
- 6) BAVT asintomático, irreversible, incluso con QRS estrecho, con arritmias ventriculares que necesiten antiarrítmicos depresores del ritmo de escape;
- 7) BAVT adquirido, irreversible, asintomático, con frecuencia cardíaca media inferior a 40bpm en la vigilia y sin aceleración adecuada al ejercicio;
- 8) BAVT irreversible, asintomático, con períodos documentados de asistolia por encima de 3 segundos en la vigilia;
- 9) BAVT irreversible, asintomático y con cardiomegalia progresiva;
- 10) BAVT congénito, asintomático, con ritmo de escape de QRS ancho (> 120ms) o con frecuencia cardíaca inadecuada para la edad;
- 11) BAVT adquirido, asintomático, de etiología chagásica o esclero-degenerativa;
- 12) BAVT irreversible, permanente o intermitente, consecuente a la ablación de la unión atrio-ventricular.