

# **Lactante que presenta taquicardias paroxísticas supraventriculares a repetición – 2001**

Dr. Francisco Femenia

Estimados colegas:

Envío una consulta planteada por un cardiólogo pediátrico: paciente de 8 meses de edad, que desde el nacimiento presenta taquicardias paroxísticas supraventriculares a repetición, sin compromiso hemodinámico, que actualmente han sido controladas con flecainida 5 mg/kg/peso y propanolol 2 mg/kg/peso: se realiza ECG Holter de 24 hs donde no se registran TPSV pero aparecen en horas del día 2 pausas de hasta 2500mseg, seguidas de 3 latidos de ritmo nodal con QRS angosto hasta retomar el ritmo sinusal, otro dato es la baja variabilidad de RR.

No se detectan otro tipo de arritmias ni trastornos de conducción.

¿Cuál sería la conducta a seguir?

Saludo atentamente

Dr. Francisco Femenia

Mendoza, Argentina

---

## OPINIONES DE COLEGAS

Prezado colega Francisco Femenia da bela Mendoza terra do bom vinho..... e dos grandes cirurgiões cardíacos!!!!. Tenta lhe responde Andrés Ricardo Pérez Riera de SP Brasil.

Minha conduta no caso do lactente de 8 meses seria parar imediatamente com flecainida e aumentar a dose do propranolol.

Mesmo raros, descrevem-se efeitos pro-arrítmicos com esta droga em 5% dos casos de TPSV e ocasionalmente importantes: (Falk RH: Flecainide-induced ventricular tachycardia na fibrillation in patents trated for atrial fibrillation, Ann Intern Med 111: 107-111,1989).

Flecainide bloqueia potentemente o canal de sódio da fase 0, (IC) e adicionalmente os canais Ito da fase 1 e o canal lento de cálcio da fase 2 pelo que pode prolongar o QRS. Nas fibras de Purkinje existiriam dos tipos de canais de Na<sup>+</sup> ou dois modos diferentes de operação do mesmo canal: o primeiro - que actua na fase 0 e corresponde ao complexo QRS do ECG de superficie - é responsável pela despolarización rápida e o segundo, que opera com una duração maior uma vez que participa das fases 1 y 2 (que corresponden ao punto J o segmento ST) cuando o canal está no estado inactivado permite uma pequena e lenta entrada de Na<sup>+</sup> por uma "janela" (ventana) durante a fase 2 do potencial de ação. Se há proposto que este canal lento de Na<sup>+</sup> propicia uma superposição (overlap) entre a activação ("m") e inactivação ("h") variáveis que controlam a conductancia ao cation.

É possível que exista um componente específico lento de entrada de Na<sup>+</sup>.

Os antiarrítmicos Classe IC, (ex. flecainida) possuem cinética lenta de disociação com o canal de Na<sup>+</sup> (10 a 20 segundos) atuando também na fase segunda lenta de sodio. Esta é o motivo pela que reduzem significativamente a V<sub>max</sub> (fase 0) e consecuentemente a velocidad de condução. Adicionalmente podem prolongar apenas mínimamente a refractariedade por seu pouco efeito sobre a duração do potencial de ação.

O alargamento (ensanchamiento em espanhol) do QRS pode ser observado em concentración terapêutica. A incidencia de efectos proarrítmicos é maior com os antiarrítmicos da Classe IC quando comparados as drogas das clases IA y IB porque o tempo medio de união com o canal de Na<sup>+</sup> é o maior das tres classes (cinética lenta).

A duração do QRS deve ser monitorada e suspensa se prolongado 20% ou mais.

Apesar que o beta bloqueio minimiza o efeito pró-arrítmico desta droga, neste caso parece predominar o componente adrenérgico pelo RR com pouca variabilidade.

Lembremos que a droga possui forte efeito pro-arritmico nas situações hiperadrenérgicas como o exercício.

Em outro tipo de arritmia a droga mostrou 5% de eventos proarrimicos dentre os quais transtornos dromótopos intrahissianos: (Anderson JL, Gilbert EM, Alpert BS, et al: Prevention of symptomatic recurrences of paroxysmal atrial fibrillation in patients initially tolerating antiarrhythmic therapy; A multicenter, double-blind, crossover study of flecainide and placebo with transtelephonic monitoring. Circulation 80: 1557-1570, 1989). Pacientes com disfunção do nó sinusal podem apresentar parada sinusal e se descreve bloqueio de saída com a droga (Windle JR, Witt RC, Rozanski GJ: Effects of flecainide on ectopic atrial automaticity and conduction. Circulation 1993; 88:1878). A mortalidade com a droga é maior em aqueles pacientes com FC elevadas.

Adicionalmente tem efeito inotropico negativo. A escolha parece mais casos com disfunção diastólica.

Por outra parte temos margem para aumentar 100% a dose do propranolol que pode ser até 4mg/kg/dia o dobro do que hoje está tomando.

Terapêutica não farmacológica de ablação por catéter no seria o caso se consideramos ser bem tolerada: "sin compromiso hemodinamico". Mesmo que a percentagem de sucesso do procedimento seja de 95% dos casos em pacientes sem cardiopatia. Os critérios para o tratamento ablativo são: taquicardias mal toleradas, refratariedade ou intolerância as drogas ou necessidade de uso prolongado, presença de cardiopatia cirúrgica associada ou opção da família de um tratamento definitivo. Se o colega está em um centro com equipe médica treinada no manuseio de crianças e com serviço de cirurgia cardíaca que possa intervir poderia se pensar. Mais eu me inclino neste caso pelas drogas..... pelo menos inicialmente.

Dr. Andres R. Pérez Riera

---

Han probado con digital?

Serra Jose Luis. Córdoba.

---

Estimado Edgardo :

Daniel me consultó acerca de este caso y te envió mi opinión del mismo. Con los pocos datos aportados se podrían inferir básicamente dos posibles diagnósticos: por haber presentado a tan corta edad una TPSVv obligaría a pensar en la existencia de una vía accesorio oculta, si bien es más frecuente con una vía accesorio evidente la posibilidad se puede dar, y las pausas post taquicardia que pueden ser normales luego de ellas están magnificadas por la medicación .

La segunda posibilidad diagnóstica sería una enfermedad del nódulo sinusal congénita, rara patología pero que esporádicamente se presenta, en este caso en particular de tratarse de la misma tiene buen pronóstico y en tal contingencia reformularía la medicación ya que aumentaría las pausas, si esta enfermedad del nódulo sinusal fuese post quirúrgica, tiene mal pronóstico, con una incidencia considerable de muerte súbita y debería ir a MPD

Saludos

Miguel Tibaldi