

Taquiarritmia en bebé de 20 meses – 2008

Dr. Pablo Hurtado

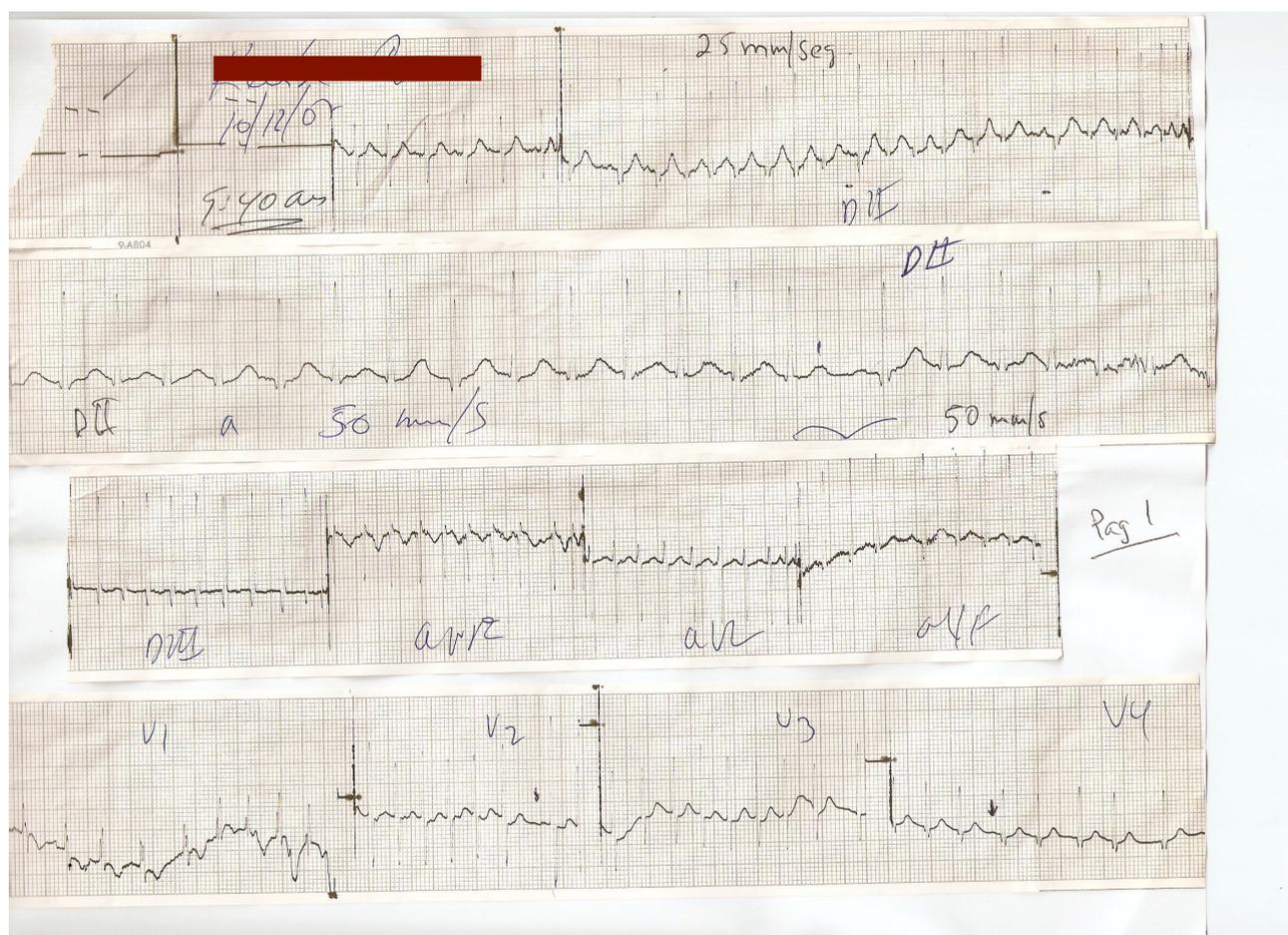
Envío dos trazos de una niña de 20 meses sin antecedentes de relevancia que en una ocasión había presentado palidez y diaforesis sin otra alteración.

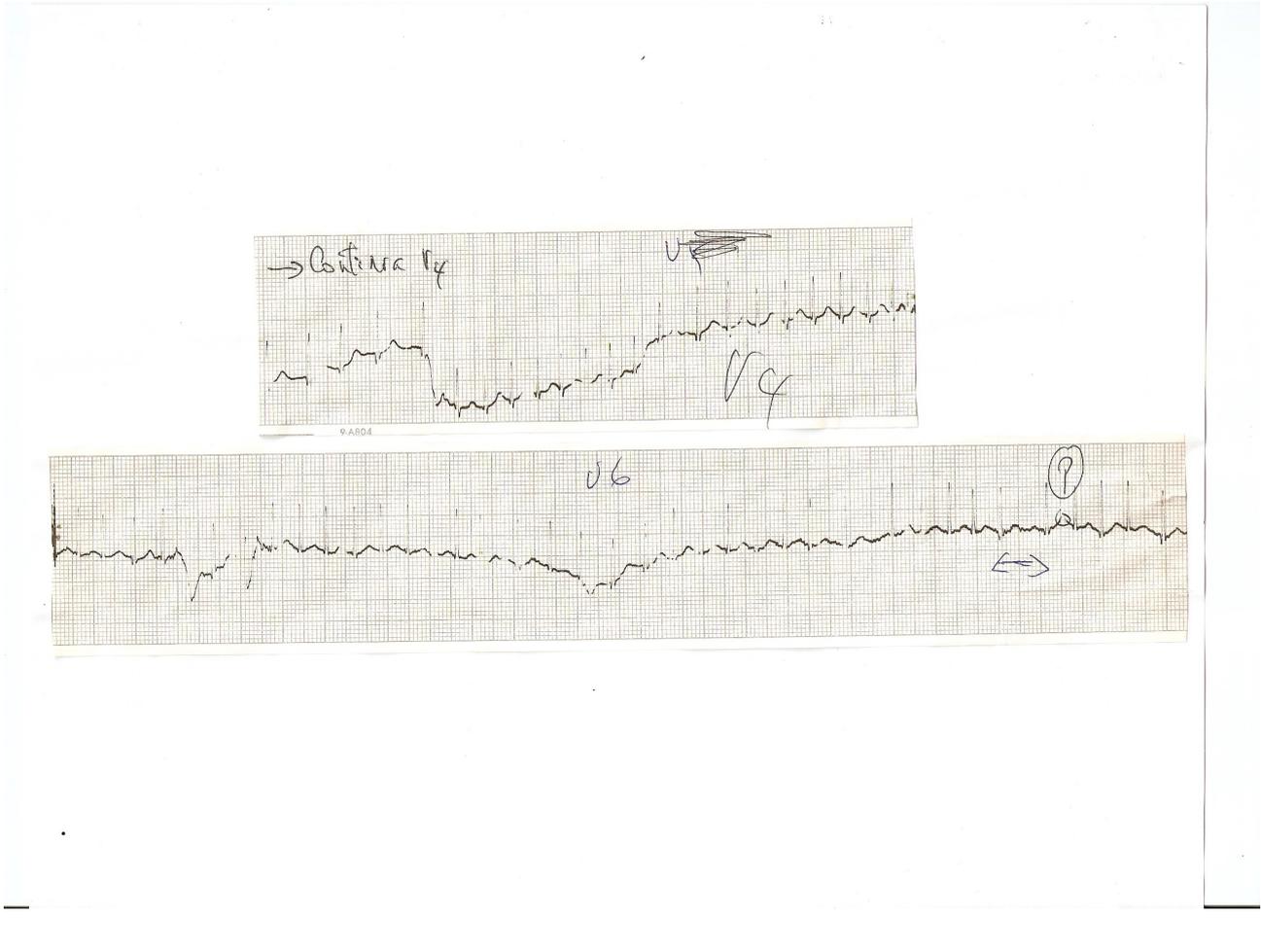
Hace unos días mientras viajaba en Omnibus inter provincial presentó los mismos síntomas, fue llevada al Pediatra y la encontró taquicárdica por lo que se me remitió. Estos son los dos trazos.

No estoy seguro del diagnóstico de esta taquiarritmia.

Muchas gracias

Dr. Pablo Hurtado





OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr Hurtado:

Cuando vemos niños con taquicardia paroxística supraventricular, siempre que podemos intentamos orientar su diagnóstico con una inyección de adenosina.

También obtenemos monitoreo durante algunas horas en internación, y si es posible un registro ECG de 24 hs.

Como cardiólogo pediatra, entiendo las enormes dificultades de realizar un Holter ECG a un bebe, pero no siempre es imposible (casi siempre !!)

Pero volviendo al ECG, las pequeñas variaciones del RR , incluso alguna variación de los QRS, me sugieren un mecanismo automático.

Parece que el trazado presenta alguna interrupción ocasional sin onda P posterior al QRS.

Me pregunté varias veces si el trazado se hizo con maniobras vagales, si las tiras permitieron registrar ritmo sinusal sostenido posterior y con qué características, pero estimando que es un registro durante la crisis sin intervención, pondría como diagnóstico inicial una Taquicardia auricular ectópica.

Un trazado intra adenosina sería muy útil, y un monitoreo podría encontrar diferentes morfologías de ondas P (¿taquicardia auricular multifocal?)

Es posible que esta arritmia sea "sostenida". Si no lo fuere, me pondría más curioso todavía.

Me preocupan los presíncopes, no debiera ser suficiente esta arritmia, para ponerla en esa situación.

Ese dato es el más severo y si existieran antecedentes familiares de SD (Muerte súbita) o Near SD, pensaría muy seriamente una consulta con Electrofisiólogo Pediatra, pero bajo casi ninguna circunstancia por que le haría una ablacion a esta edad.

Beta bloqueantes sería la primer elección. De acuerdo a respuesta hay otros fármacos a utilizar.

Desde ya sería necesario un ecocardiograma.

Gracias por compartir su paciente con nosotros.

Atte

Diego Esandi
Cardiologo Pediatra
Neuquen – Argentina

Hola Dr. Esandi: el EKG fue durante la crisis, sin medicación. Durante la crisis la BB presentaba 80/60 mmHg de presión arterial. La interné y le administramos amiodarona IV a dosis de 5mg x kg en 1 hora, no hubo enlentecimiento de la taquiarritmia. A las 2 horas se reevaluó y se decidió aplicarle una segunda dosis y se le inició con Propanolol via oral a 3 mg x kg dividida en dos sub dosis. A las 2 horas posteriores la niña comenzó a presentar taquiarritmia un poco irregular y por el monitor es probable que existieran otras morfologías a la onda P. La frecuencia comenzó a disminuir (realmente no cesó bruscamente) a unos 150 lpm pero incesante. Fue hasta el día siguiente que amaneció en ritmo sinusal.

Le realizamos un ECO transtorácico y es NORMAL por completo.

La verdad que esta niña me preocupó muchísimo pues aunque soy el único cardiólogo de 3 provincias no veo con mucha frecuencia BBs así. El primero fue un Neonato de 1 mes que la mamá lo trajo porque dejó de comer y moverse, por INACTIVIDAD. Lo examinamos y tenía casi 300 lpm. Lo discutí con un Cardiólogo Pediatra vía telefónica y se le indicó tto IV, por suerte revirtió y no lo choqué y aún todavía luego de 2 años no ha vuelto a recaer. Esta niña fue el segundo caso y me dió cierto temor por la repercusión clínica, no cedió fácilmente con el tratamiento y por el temor que empeorara.

Usted señala que en una parte del ekg vió que no hay P después del QRS, así es. En el trazo a 50 mm/seg se ve claramente que la taquicardia termina, sigue una P con QRS y luego recae y este ciclo se ve varias veces y con cierta cadencia.

Yo tenía duda en que fuese una taquicardia por vía accesoria incesante o bien la taquicardia auricular ectópica.

Actualmente está con Propanolol a 3mg x kg por día.

Me gustaría recibir sugerencias acerca del seguimiento. Yo ya me he documentado pero me es muy importante sus opiniones al igual que las del resto de los colegas del FORO.

Muchas gracias.

Dr. Pablo Hurtado

Nicaragua

Estimados colegas:

Mi nombre es José Moltedo y soy electrofisiólogo pediatra.

Lamentablemente no pude acceder a los archivos en la biblioteca de trazados. No se si es posible, pero seria bueno si me pudieran enviar los trazados de alguna otra manera, por ejemplo como archivo adjunto a esta dirección de mail.

De esa manera podria enviarles mi opinión respecto al trazado.

Pero teniendo en cuenta la información vertida en los mails, coincido con el Dr. Esandi seria extremadamente raro que una taquicardia supraventricular se manifieste con un episodio como el descripto (palidez, diaforesis), con la excepción por supuesto, de que hubiera desarrollado taquicardiamiopatía (descartado por la presencia de un ecocardiograma normal).

Respecto al tratamiento coincido nuevamente con el Dr. Esandi en que la primera elección es el propranolol. Habitualmente en este grupo etáreo lo utilizo a 4 mg/kg/dia V.O, dividido en tres tomas (cada 8 horas).

Seria muy importante como parte del seguimiento clínico, además de los ECG periódicos, realizar también Holters de 24 horas.

Lo trataría por un tiempo de aproximado de 12-24 meses, para luego de acuerdo a la evolución intentar suspenderle la medicación. La ablación por RF en el caso de este paciente no tiene indicación en este momento.

Quedaría reservada para aquellos pacientes con taquicardia refractaria a múltiples drogas y que a pesar del tratamiento farmacológico desarrollan taquicardiamiopatía.

En lo que respecta a la evolución alejada, de ser una taquicardia auricular, está descripto que en aquellos pacientes que debutan antes de los 3 a. el pronóstico es bastante bueno, con una remisión espontánea de aproximadamente el 80%. Esto, por supuesto, no quita que en este momento no requiera tratamiento médico.

Saludos, espero un respuesta respecto a la posibilidad de enviarme por esta via los trazados.

Jose Moltedo

Electrofisiologo Pediatra

Jefe Electrofisiologia Pediatrica

FLENI, Buenos Aires, Argentina

Estimado Dr Hurtado:

Usted ha actuado con gran eficiencia en esta difícil paciente.

Su relato me mantiene en el diagnóstico de TAE, la respuesta a la amiodarona (hubiera intentado lo mismo luego de una dosis de adenosina) es sugestiva de un origen automático.

El control en menos de 24 hs, es más vinculable con una TAE antes que una TAM (multifocal).

El paciente que menciona a 300 bpm de un mes, seguramente era una reentrada y no volverá a disparar más allá del año de vida en la mayoría casi completa de los casos .

Es muy probable que tenga un buen control de la arritmia de esta BB, y no suspendería el tratamiento con propanolol por 12 a 24 meses.

Me uno a su preocupación en la soledad de su ejercicio. Tengo la suerte de conocer a Edgardo Schapachnik desde hace varios años.

Este foro nació de su espíritu de solidaridad y humanismo. Seguramente el enorme Dr Bertolasi nos guiñaría un ojo.

De eso se trata.

Atte

Diego Esandi

Muchas gracias a los Dres. Esandi y Moltedo, me han aclarado mis dudas actuales.

Dr. Pablo Hurtado

Proximamente la reevaluaré y le hare un EKG, se los enviare.

Tratare que la tecnica de fotografia digital mejore.

Un saludo

Hola, perfecto, quedamos en contacto
José Moltedo