

SINTOMAS QUE OBLIGAN A DESCARTAR UNA PATOLOGIA CARDIACA

TAQUICARDIA

Aunque la taquicardia no es un síntoma frecuente en pediatría nos obliga a descartar un problema cardiológico. A veces el síntoma es la taquicardia pero otros los síntomas son imprecisos y la taquicardia se descubre en el momento de la exploración.

La taquicardia más frecuente en pediatría es la taquicardia supraventricular que siempre hemos conocido como taquicardia paroxística supraventricular.

En los neonatos y lactantes la taquicardia se presenta hasta en un 50% de los casos con clínica de fallo cardíaco: taquicardia, palidez, irritabilidad y rechazo de la toma y en ocasiones ingresan en el hospital con la sospecha de sepsis. Cuando el lactante es mayor se puede manifestar como vómitos e irritabilidad y hasta en un 25% de los casos la taquicardia se detecta en un examen de rutina en un lactante sin síntomas. En ocasiones la taquicardia se descubre en el feto y si no se puede controlar tratando a la madre y existen signos incipientes de insuficiencia cardíaca, cuando es posible el parto se provoca para tratar al niño.

En el niño mayor el síntoma referido es “el corazón me va rápido” pero en ocasiones sobretodo en adolescentes la taquicardia referida puede ser sinusal secundaria al stress o ejercicio u otras causas.

Como la gran mayoría de las taquicardias que vemos en pediatría son taquicardias supraventriculares por reentrada la clínica típica es de taquicardias de comienzo y final brusco que se producen sin relación con ejercicio (o en la recuperación) y generalmente cuando el niño está tranquilo, al levantarse o acostarse o estando viendo la tele en el sofá. Estos niños son por lo demás sanos y la presencia de taquicardia presupone la existencia de un haz accesorio, generalmente atrioventricular, ya sea un Síndrome de Wolff-Parkinson-White o un haz oculto es decir que no lo vemos en el ECG de base en ritmo sinusal, la taquicardia se produce por reentrada siendo la vía anterógrada el nodo AV y la retrógrada el haz accesorio.

En sí la reentrada significa que un estímulo y onda de excitación único puede volver a reactivar el mismo tejido del que procede y requiere tres condiciones:

1. vía doble
2. retraso de la conducción
3. bloqueo unidireccional

Además de la reentrada puede existir un aumento del automatismo como mecanismo de la taquicardia. Hemos reflejado aquí los tipos de taquicardia según el lugar de origen y probable mecanismo.

Lugar origen	Automatismo	Reentrada
Nódulo SA	Taquicardia sinusal	Reentrada en el nódulo SA
Auricular	Taquicardia auricular ectópica	Flutter auricular
	Taquicardia auricular multifocal	Fibrilación auricular
Unión AV	Taquicardia ectópica de la unión	Reentrada en el nódulo AV

Continuando con los mecanismos de las taquicardias por reentrada tenemos :

Síndrome de WPW	Reentrada ortodrómica
	Reentrada antidrómica
	F. FI. A por preexcitación
Vía accesoria oculta	Reentrada ortodrómica
	Taquicardia reciprocante permanente de la unión
Fibra de Mahain	reentrada antidrómica
	F. FI. A por preexcitación
Ventrículo	Taquicardia ventricular

Aunque frecuentemente utilizados, los términos taquicardia supraventricular y TV, son puntos de partida prácticos para describir una taquiarritmia, pero carentes de especificidad. La taquicardia supraventricular incluye cualquier ritmo rápido que nace en la A, unión AV o en una vía accesoria, mientras que la TV se refiere a los trastornos que nacen en cualquier punto o puntos del corazón situados por debajo de la bifurcación del haz de His. Estos términos son poco precisos y no dan información específica respecto al origen y mecanismos de la taquicardia.

2. - sedación
3. - tener preparado apoyo ventilatorio
4. - usar la pala más larga que evite el contacto con el otro electrodo

Si el paciente está bien se pueden utilizar maniobras vagales en el centro de salud.

Ya a nivel hospitalario nosotros utilizamos el ATP. La mayoría de las taquicardias en cuyo cortocircuito de reentrada está implicado el nodo AV responden a la adenosina o al ATP que producen un bloqueo transitorio del mismo, pero también podemos utilizar el ATP de manera diagnóstica cuando nos encontramos con otros tipos de taquicardia.

Si no responden al ATP o recidivan se puede utilizar verapamil (en mayores de un año), digoxina, betabloqueantes, propafenona, amiodarona.

Si es una TV utilizamos lidocaina, procainamida, amiodarona.

Como tratamiento de mantenimiento se suele utilizar betabloqueantes, propafenona o sotalol. Está contraindicada la digoxina y el verapamil en el S. WPW.

La ablación con radiofrecuencia es el tratamiento de elección en las taquicardias recidivantes o resistentes al tratamiento.

Comentar el buen pronóstico de las taquicardias paroxísticas supraventriculares en el neonato y lactante pequeño sean o no por S. W-P-W, pues aunque tienen facilidad para debutar con insuficiencia cardíaca cuando el niño lleva muchas horas en taquicardia tienden a desaparecer durante el primer año de vida.

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR DE COMIENZO NEONATAL

Total casos (1989-1998)	20	
Taquicardia Fetal	3	15%
S. Wolff-Parkinson-White (2 aparecieron en la evolución)	8	40%
Flutter A	2	10%

Evolucion TSV neonatal

	W-P-W	No W-P-W	Fluter A
Total	8	10	2
Sin crisis	6	10	2
Porcentaje (90%)	75	100	100

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de la TSV neonatal en nuestro medio es muy estable (2 al año).
2. El 40% de los pacientes presentan un S. de Wolff-Parkinson-White.
3. La evolución es muy favorable (90% sin crisis), la no existencia de W-P-W el ECG de superficie mejora el pronóstico (100% sin crisis).
4. El S. de W-P-W desaparece durante el primer año de vida en el 63% de los pacientes.
5. Aunque el ECG sea normal en el periodo neonatal puede aparecer un W-P-W en la evolución como en 2 de nuestros pacientes (2 meses y 6 años).

TAQUICARDIA DE COMIENZA NO NEONATAL

Nº CASOS 62

Relacion M/H 1,3

Preexcitacion 14 (23%) (13 W-P-W y uno L-G-L), comparado con 40% neonatal
Cardiopatía congénita 4 (6%): Mustard, CIV operada, CIA operada y EP operada.

	WPW 13	no WPW 49
Sin taquicardia	7	29
Porcentaje	54%	60%
Ablación	4 (31%)	6 (12%)

Consideramos que están sin taquicardia si tienen \leq de dos crisis al año, breves que cedan espontáneamente o con maniobras realizadas por el propio niño y que no tomen medicamentos antiarrítmicos. No están incluidos los casos de ablación.

Como vemos las taquicardias neonatales tienen muy buen pronóstico, no ocurre lo mismo las que comienzan más tardíamente sobre todo si tienen un S. de W-P-W.