Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):21

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/103 - Cuadro banal en pediatría. ¡Cuidado!

M. Rubio Revuelta[a], C.A. Reyes Mateo[b], M. Seco Calderón[c], L. Martín Goujat[d], A.M. García Ochoa del Olmo[e], A. Vasquez Sánchez[f], A.M. González Pedraja[g], M.M. San Emeterio Barragán[h] y A. Ruiz Rodríguez[i]

[a]Médico de Familia. CS Cazoña. [b]Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. [c]Médico de Familia. CS Dávila. Cantabria. [d]Médico de Familia. SUAP Gama. Cantabria. [e]Médico de Familia. 061 Cantabria. [f]Médico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Hospital Sierrallana. Cantabria. [g]FEA Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [h]Médico de Familia. SUAP Agüera. Cantabria. [i]Médico de Familia. SUAP Meruelo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 6 años que acude a su centro de salud por odinofagia y tos de 4 días de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología acompañante. El paciente carece de patologías previas ni tratamiento farmacológico y sin antecedentes familiares, personales de interés. En la exploración destacan: faringe hiperémica sin exudados y auscultación cardíaca patológica sin soplos. Tras realizar un ECG se contacta con el hospital de referencia, servicio de Cardiología infantil decidiendo traslado e ingreso del niño para monitorización y seguimiento. Dado de alta en 24h.

Exploración y pruebas complementarias: En el centro de salud: test de estreptococo A negativo. ECG: ritmo sinusal a 115 lpm, QRS con morfología de bloqueo incompleto de rama derecha (BRD) seguido de EV en bigeminismo, motivo por el cual se deriva. Hospitalarias: analítica con troponina, frotis faríngeo y gasometría normales. Eco cardio: insuficiencia tricúspide y pulmonar leves, resto normal. ECG: ritmo sinusal BRD con EV monomorfas aisladas cada 3-4 latidos. Pendiente de realizar en consultas externas ergometría y Holter.

Juicio clínico: Extrasístoles ventriculares (EV) con episodio de bigeminismo en paciente sin sintomatología cardiovascular.

Diagnóstico diferencial: En este caso lo que marcó la diferencia con un cuadro banal fue una auscultación cardíaca patológica, el paciente estaba asintomático cardiovascularmente. La auscultación era rítmica y asemejaba un ritmo de galope, motivo de la realización del ECG. La interpretación de ECG y las posibles patologías de base, llevaron a su derivación hospitalaria para monitorización. Las EV tiene un complejo QRS ancho, con una polaridad de la onda T invertida con respecto al QRS. Su pronóstico se relaciona con: La cadencia: aisladas o agrupadas en duplos o en una serie mayor pero no continua (taquicardia ventricular no sostenida). La alternancia con los latidos sinusales (ls) en bigeminismo (1 ls:1 EV) o trigeminismo (2 ls: 1 EV). La morfología: monomorfas, hay un solo foco y todos los complejo QRS son iguales o polimorfas, varios focos y distintos complejos QRS. Las EV son frecuentes en niños y corazones normales. Son indicadores de buen pronóstico: extrasístoles aisladas, poco frecuentes, monomorfas, disminución o desaparición con el ejercicio. Son factores de riesgo: EV frecuentes, polimorfas, en bigeminismo o trigerminismo, Q sobre onda T, aumento del nº con el esfuerzo (TV polimorfa catecolaminérgica), duplos, tripletes o rachas de TV no sostenida que puedan desencadenar taquiarritmias. El tratamiento en pediatría sólo debería instaurarse si las EV producen sintomatología muy marcada, si hay afectación de la estructura o funcionamiento cardíaco o si los latidos ectópicos desencadenan taquiarritmias. El tratamiento puede

consistir en la supresión de estimulantes, fármacos (?- bloqueantes u otros antiarrítmicos) e incluso ablación del foco ectópico.

Comentario final: La demanda asistencial de las consultas de atención primaria en ocasiones obliga a una asistencia rápida y dirigida a síntomas referidos por el paciente. Este tipo hallazgos subrayan la importancia de dotar a los profesionales, de los recursos necesarios para desarrollar una correcta consulta clínica (principalmente el tiempo) en beneficio del paciente y de los servicios de segundo nivel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crespo Marcos D, Pérez-Lescure Picarzo FJ. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2010;XII(47).

2. Tamariz- Martel Moreno A. Valoración de un soplo cardiaco. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Rubio Roldan LA, Clemente Pollán J, eds. Pediatría extrahospitalaria. Aspectos Básicos en Atención Primaria. Madrid: Ergon; 2010.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.