



Clínica cotidiana

Taquicardia paroxística supraventricular: pero... ¿también en un lactante?

Francisco Javier Pérez Delgado^{a,*}, Elena Muñoz Rubio^b y Ana María Comino García^a

^a Medicina Familiar y Comunitaria/Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital del SAS La Línea de la Concepción, La Línea de la Concepción, Cádiz, España

^b Unidad Docente del Campo de Gibraltar, Algeciras, Cádiz, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de agosto de 2015

Aceptado el 14 de enero de 2016

On-line el 16 de marzo de 2016

Palabras clave:

Atención primaria

Lactante

Irritabilidad

Taquicardia supraventricular

Adenosina

Keywords:

Primary care

Infant

Irritability

Supraventricular tachycardia

Adenosine

R E S U M E N

Tanto en las urgencias extrahospitalarias, como en las hospitalarias, los médicos de familia han de tratar, en muchas ocasiones, con pacientes pediátricos. La mayor parte de las veces son consultas banales, que no suelen entrañar grandes dificultades, pero a nadie se le escapa que el paciente pediátrico también puede presentar afecciones que precisan de una actuación rápida, eficaz y cualificada.

Exponemos aquí el caso de un lactante de 13 días, previamente sano, visto en atención primaria con síntomas inespecíficos (rechazo de tomas y discreto grado de irritabilidad) en el que se termina diagnosticando, una taquicardia paroxística supraventricular, que se revierte farmacológicamente con adenosina.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Paroxysmal supraventricular tachycardia: But . . . also in an infant?

A B S T R A C T

Family doctors often have to deal with paediatric patients in outside emergencies as well as in hospitals. Most of the time they are not trivial queries, and typically involve great difficulties, but nobody is aware that the paediatric patient may also have conditions that require a quick, effective and qualified intervention.

We report the case of a previously healthy infant of thirteen days, treated in primary care with non-specific symptoms (rejection of feeds and discreet degree of irritability). It was finally diagnosed as paroxysmal supraventricular tachycardia, and pharmacologically reversed with adenosine.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javiperez72@hotmail.com (F.J. Pérez Delgado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.01.003>

1889-5433/© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

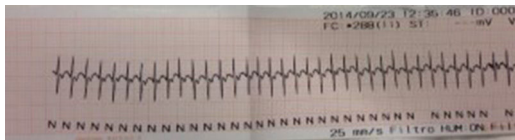


Figura 1 – Taquicardia de QRS estrecho, regular, a 280 lpm.

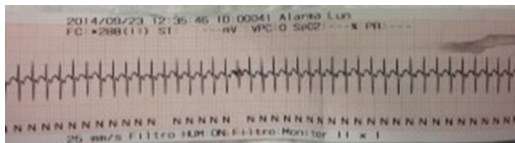


Figura 2 – Taquicardia de QRS estrecho, regular, a 280 lpm.

Lactante de 13 días de edad, nacido a término por vía vaginal, sin problemas durante el periodo gestacional ni el parto. Peso al nacer de 2,475 kg, alimentado exclusivamente con lactancia materna, sin ganancia ponderal llamativa desde el nacimiento. Madre sana, sin antecedentes patológicos de interés y sin hábitos tóxicos reconocidos.

Acuden a urgencias del centro de salud, manifestando rechazo de las tomas de unas 24 h de evolución e irritabilidad creciente que se acentúa en las últimas horas. «Lo vemos raro», refieren, sin hacer mención a fiebre, disnea, quejumbrosidad, ni a otros signos ni síntomas dignos de mención.

En la exploración, el lactante presenta un aceptable estado general, está afebril, normocoloreado, con adecuado nivel de perfusión y tono postural, sin apreciarse sufrimiento respiratorio. En la auscultación cardiopulmonar es llamativa la presencia de un ritmo de galope.

Se le traslada a la sala de paradas del centro de salud donde se monitoriza el ritmo cardiaco (figs. 1 y 2) y se realiza toma de tensión arterial (68/47). Se constata una arritmia regular de QRS estrecho, a unos 280 lpm.

Con la sospecha de taquicardia paroxística supraventricular bien tolerada, se avisa al servicio de urgencias y al servicio de pediatría del hospital, y a una ambulancia medicalizada para su traslado.

Una vez en el hospital, se constata la estabilidad hemodinámica del paciente y se comienzan maniobras vagales.

Al constatare la ausencia de reversión del ritmo, se comienza a utilizar adenosina endovenosa. Tras el primer bolo se aprecia el cese de la arritmia y el restablecimiento del ritmo sinusal.

Posteriormente ingresa en planta convencional, desde donde se gestiona su traslado al hospital de referencia, para valoración por cardiología.

Tras el ingreso y la realización de diferentes pruebas complementarias, el paciente es dado de alta sin haber presentado nuevos episodios y sin que se pudiera descubrir cardiopatía ni desencadenante claro.

Comentario

La taquicardia paroxística supraventricular es la arritmia patológica más frecuente en la edad pediátrica. El mecanismo

de reentrada es la forma de producción más común de esta arritmia¹⁻³.

De forma habitual, el primer episodio suele presentarse en el primer año de vida, y hasta en un 50% de los casos comienza antes de los 3 primeros meses. Si bien, hasta en el 30-40% de los casos se descubre una cardiopatía congénita como causa subyacente, hasta casi en la mitad de los casos no se logra encontrar un desencadenante claro. La fiebre, algunas infecciones como la del virus respiratorio sincitial, la hipoxia y determinados fármacos, son otros factores que se han visto involucrados en su aparición (10-20%).

En los niños mayores, el diagnóstico suele establecerse con mayor prontitud. Esto es debido a que el niño suele referir quejas dependientes del aparato cardiovascular: palpitaciones, síncope-presíncope, dolor-malestar torácico, etc.

En los lactantes, en cambio, esto no es así. Los síntomas de presentación suelen ser inespecíficos, tal y como hemos expuesto en el caso clínico que presentamos. Lógicamente esto dificulta la detección de la arritmia¹⁻³. Conforme aumenta el tiempo, se favorece la instauración de fallo cardiaco, y el paciente comenzará a presentar signos de mala tolerancia: letargia, hipotonía, taquipnea, mala perfusión, etc.⁴.

Las características electrocardiográficas de la taquicardia paroxística supraventricular son:

- Frecuencia cardiaca elevada:
 - Niños mayores: 180-250 lpm.
 - Lactantes: 220-320 lpm.
- Complejo QRS estrecho y ritmo regular, con distancia R-R siempre igual.
- En ocasiones, las ondas P suelen encontrarse dentro del QRS y permanecen, por tanto, ocultas; en otras ocasiones pueden aparecer ondas P retrógradas.

En el abordaje y tratamiento, lo primero es valorar el estado hemodinámico del paciente¹⁻³: si el niño presenta signos inequívocos de insuficiencia cardiaca (hipotensión, mala perfusión, trabajo respiratorio, hepatomegalia, etc.) hay que realizar, de inmediato, una cardioversión sincronizada (0,5-2 J/kg), previa sedación.

Si el estado hemodinámico del paciente lo permite, comenzaremos con maniobras vagales:

- Masaje del seno carotídeo.
- Maniobra de Valsalva.
- Aplicación del hielo en ambas sienes del niño, durante 30 s, que se puede repetir en varias ocasiones.

Si no cede con las maniobras vagales, utilizamos el fármaco de elección, que es adenosina, en bolos endovenosos⁵. Se aplicará a través de vías periféricas, preferiblemente canalizadas en los miembros superiores.

Tras el fármaco, se administrará un bolo de 5-10 ml de suero fisiológico. La dosis de inicio es de 0,05 mg/kg. Se puede repetir a dosis crecientes de 0,05 mg/kg hasta la desaparición de la arritmia o hasta alcanzar una dosis máxima de 0,25 mg/kg.

Si a pesar de la adenosina, la taquicardia no cede, o el paciente continúa presentando signos o síntomas de insuficiencia cardiaca o mala tolerabilidad, se procederá a su ingreso

en una unidad de cuidados intensivos para cardioversión eléctrica y tratamiento de soporte.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balaguer Gargallo M, Jordán García I, Caritg Bosch J, Cambra Lasaosa FJ, Prada Hermógenes F, Palomaque Rico A. Taquicardia paroxística supraventricular en el niño y el lactante. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:133-8.
2. Ortiz Sanjuán FM, Pastor Bataller S, Mas Lázaro C, Tomás Aguirre B, Calabuig Fresquet A, Salort Jiménez I. Taquicardia paroxística supraventricular en lactantes: A propósito de un caso. *Rev Pediatr Aten Primaria [revista en Internet]*. 2009;11:89-95.
3. Fernández Landaluce A. Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV). En: Benito J, Mintegi S, Sánchez J, Urgencias Pediátricas, editores. *Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Panamericana; 2011.
4. Rosés i Moguer F, Albert Brotons DC, Ferrer Menduïña Q, Gran Ipiña F, Escobar Díaz MC, Moya Mitjans A. Miocardiopatía secundaria a taquicardia auricular ectópica. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65:263-5.
5. Gandhi A, Uzun O. Adenosine dosing in supraventricular tachycardia: Time for change. *Arch Dis Child*. 2006;91:373-5.