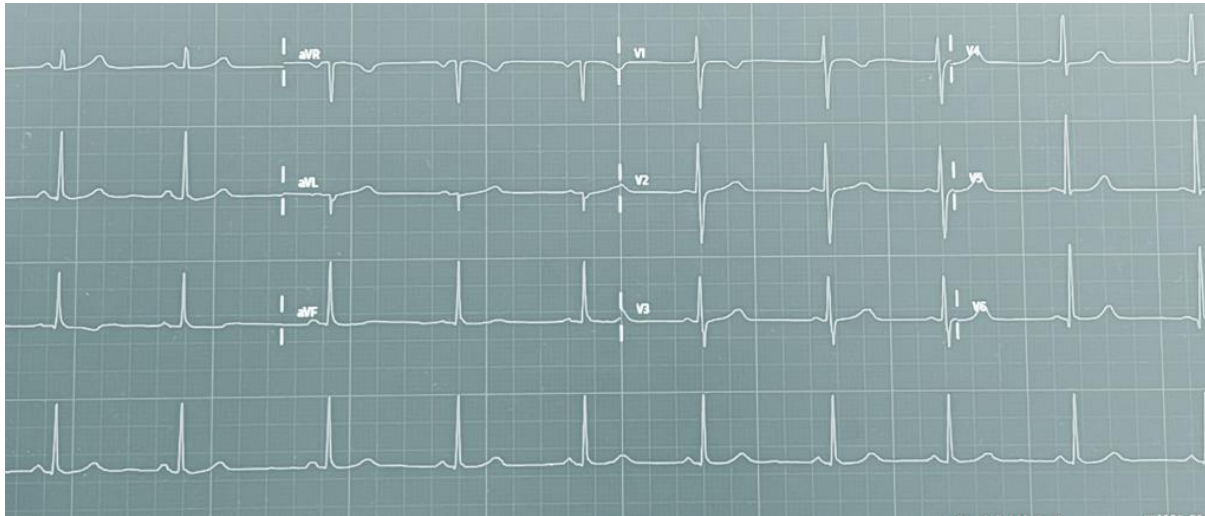


ARRITMIA SUPRAVENTRICULAR EN PEDIATRÍA: Caso Clínico



Iara Pecino Macedo (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dr. Marco Gómez (Urgencias)

Servicio de Pediatría, HGUA

ANAMNESIS Y ENFERMEDAD ACTUAL

MC: Adolescente de **13 años** que acude por **palpitaciones recurrentes** en seguimiento por Cardiopediatría.

AP: En seguimiento por Cardiología Pediátrica por QTc en límite superior de la normalidad.

Se **descartó** **patología estructural** por ecocardiografía.

No se ha documentado arritmias en EKG ni en Holter de 24 horas.

Migrañas ocasionales.
No medicación habitual.

AF: No antecedentes de muerte súbita.

Episodios intermitentes de palpitaciones

- Inicio súbito que describen
- Sensación de latidos cardíacos rápidos y fuertes.
- Duración variable de segundos a 30 minutos. Terminación súbita.

Refiere que las palpitaciones suelen ocurrir en reposo, sin asociarse a ejercicio intenso o durante momentos de estrés.

No refiere síncope, disnea o dolor torácico. Refiere cefalea ocasional hemicraneal y mareos.

ROTATORIO PEDIATRÍA 6º MEDICINA UMH

IARA PECINO MACEDO

TUTOR: DR. M. GÓMEZ

Nº EXP: 04520

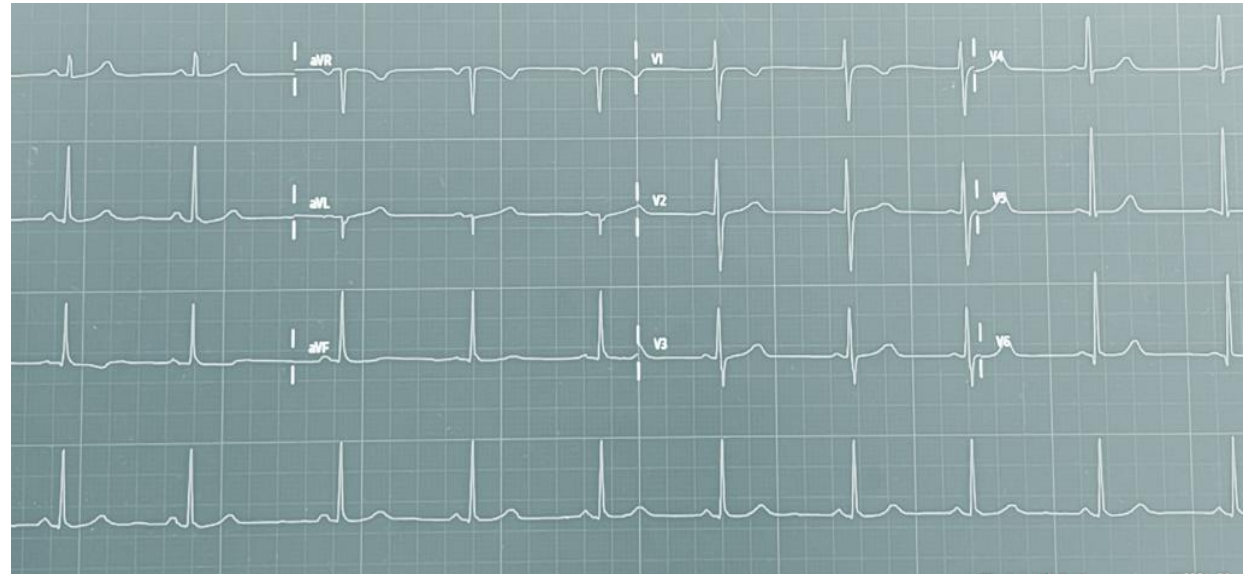


EXPLORACIÓN FÍSICA Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

EF: FC: 110 lpm, FR: 16 rpm, TA: dentro de los rangos normales. TEP estable, buen estado general. Sistema cardiovascular sin detectar soplos cardíacos, el ritmo cardíaco es regular.

EKG: Ritmo sinusal normal con FR de 65 lpm, eje 65° , normal al momento de la toma.

Intervalos y segmentos
PR de 130 ms, QRS 80 ms y QTc de 430 ms, sin alteraciones de la repolarización.



Manejo en urgencias: Se aporta 2,5 mg de diazepam y se indica a la paciente que se trata de una manifestación somática de ansiedad.

ABORDAJE DE PALPITACIONES EN PEDIATRÍA

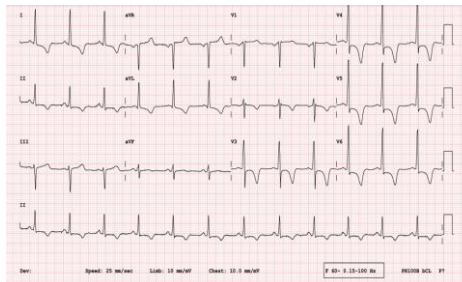
Diagnóstico diferencial

Cardiacas:
arritmias

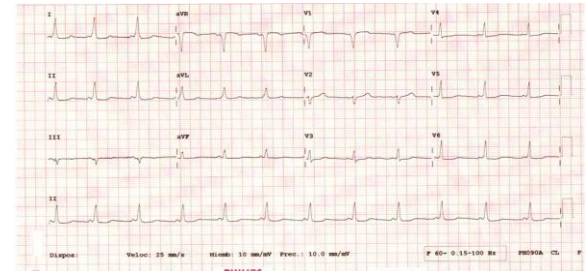
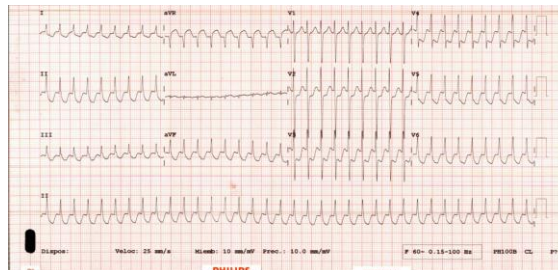
No cardiacas:
anemia
hipertrioidismo
fármacos / drogas
ansiedad
somatización

Sd. QT largo
Displasia arritmogénica
Taquicardia calectaminérgica
FA / Flutter

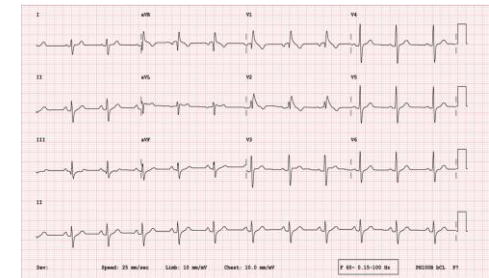
ECG



Cardiomiopatía hipertrófica



Vías accesorias,
WPW



Sd. de Brugada

Taquicardia supraventricular

El EKG descarta patología que pudiera poner al paciente en riesgo de alguna arritmia potencialmente peligrosa. Diagnóstico de patología estructural o enfermedades de la conducción cardiaca

SIGNOS DE ALARMA

- Síncope
- Aparición durante ejercicio
- Dolor torácico opresivo
- Disnea
- AF de MSC
- Cardiopatía congénita (30%)
- 50% son idiopáticas.

Arritmias Supraventriculares

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR POR REENTRADA (TRAV)

Es la arritmia más común entre los niños con síndrome de WPW.

FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR

Ocurre en < del 5% de los niños

MUERTE SÚBITA

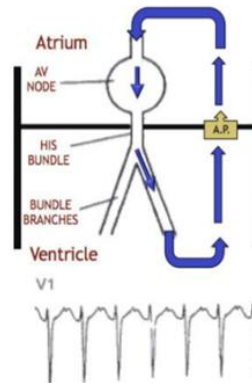
ORTODRÓMICA

Es el mecanismo más común, representa 75% de las TRAV

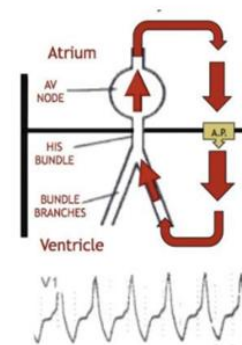
ANTIDRÓMICA

Menos frecuente, sólo el 3-% de las TRAV.

TAQUICARDIA ORTODRÓMICA



TAQUICARDIA ANTIDRÓMICA



TSVP: Es la arritmia patológica más frecuente en pediatría (tras extrasístoles). De localización por encima del haz de Hiss.

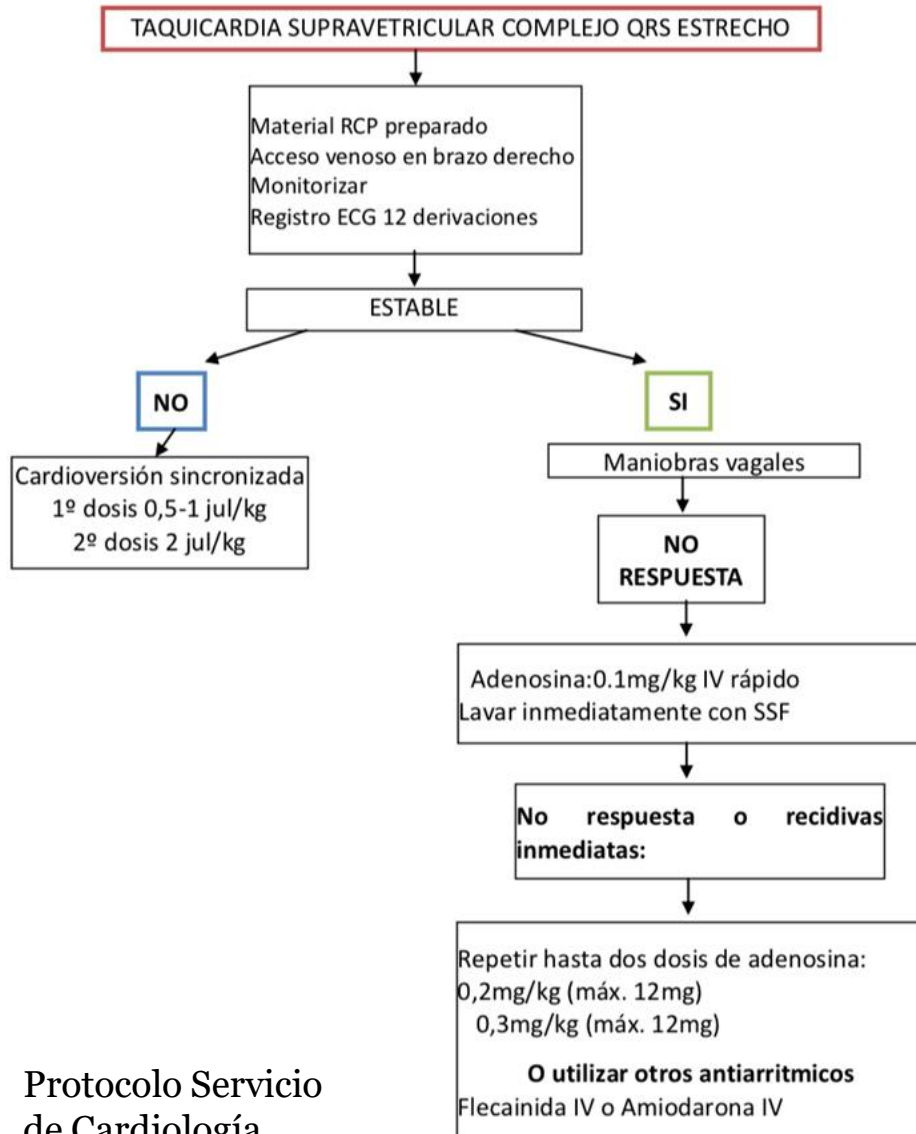
Distintos mecanismos:

- Reentrada intranodal
- Vía accesoria.

Síndrome de Wolf-Parkinson-White (más frecuente). Intervalo PR corto y QRS ensanchado a expensas de onda Delta.

Protocolo Servicio de Cardiología
Pediátrica

TRATAMIENTO DEL EPISODIO AGUDO



Protocolo Servicio
de Cardiología
Pediátrica

TRATAMIENTO



El rendimiento diagnóstico de un Holter de ritmo de 24 horas es de 12-15%

SEGUIMIENTO

Un ECG y un Holter no suele ser suficiente para diagnosticar a un paciente con palpitaciones

Actualmente se sugiere monitorización ambulatoria para la documentación durante el episodio de palpitaciones.



CONCLUSIONES

La sensibilidad del ECG y el Holter de 24 horas es insuficiente para su diagnóstico en muchas ocasiones.

Los criterios de alarma son imprescindibles para reconocer los casos que deben derivarse al cardiólogo infantil.

La TSVP es la segunda taquicardia patológica más frecuente, y suele estar producida por mecanismo de reentra intranodal o por vías accesorias. El síntoma principal de la TSVP son las palpitaciones.

Electrocardiográficamente se caracteriza por ser rítmica, generalmente con QRS estrecho, ausencia de ondas P, y comienzo y finalización brusca.

El tratamiento se basa en maniobras vagales y adenosina, pudiendo hacerse cardioversión eléctrica en caso de inestabilidad hemodinámica

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguayo-Albasini JL, Rodríguez-Arnao MD. Comunicación científica IV: comunicación oral [Internet]. Servicio de Pediatría. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: http://www.serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2014/12/COMUNICACION_CIENTIFICA_IV_Comunicacion_oral.pdf
2. Giménez-Casaldueiro F, Amigo-García R. Maniobra de Valsalva modificada para taquicardia paroxística supraventricular. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2014 [citado 28 de abril de 2024];80(4):e235-e237. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-maniobra-valsalva-modificada-taquicardia-paroxistica-articulo-S1695403323000929>
3. Campuzano Larrea H. Estado actual del tratamiento de las arritmias [Internet]. Rev Esp Cardiol. 2018 [citado 28 de abril de 2024];71(9):701-703. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-estado-actual-del-tratamiento-arritmias-articulo-S0300893218301799>
4. J. Brugada, N. Blom, G. Sarquella-Brugada, Pharmacological and non-pharmacological therapy for arrhythmias in the pediatric population: EHRA and AEPC-Arrhythmia Working Group joint consensus statement, *et al.* Europace, 15 (2013), pp. 1337-1382 <http://dx.doi.org/10.1093/europace/eut082> | [Medline](#)
5. J.D. Kugler, D.A. Danford, B.J. Deal, *et al.* Radiofrequency catheter ablation for tachyarrhythmias in children and adolescents. The Pediatric Electrophysiology Society. N Engl J Med., 330 (1994), pp. 1481-1487 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199405263302103>
6. Benito Fernández, J., Mintegi Raso, S. y Sánchez Etxaniz, J. Urgencias Pediátricas. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 517 - 523. 2.
7. Ferri Rufete D, Martínez Monseny A, Fernández Santervás Y. Guía de supervivencia en urgencias de pediatría. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2022. p 101 - 105