

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOOBSTÉTRICO
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR.
PRESENTACIÓN DE UN NEONATO

Por:

Dra. Ángela de la Caridad Herrera Manso¹, Dra. Liliana Llerena Domínguez² y Dr. Antolín González Neyra³

1. Especialista de I Grado en Neonatología. Cuidados Neonatales. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara. Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Neonatología. Cuidados Neonatales. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Pediatría. Cuidados Neonatales. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

Subject headings:

TACHYCARDIA, SUPRAVENTRICULAR

La taquicardia paroxística supraventricular es la arritmia sintomática más frecuente en la infancia¹; es aquella taquicardia originada por un mecanismo anormal, que requiere de la intervención de estructuras proximales al haz de Hiss para su perpetuación².

Puede ser por:

1. Reentrada auriculoventricular.
 - Preexcitación en ritmo sinusal (síndrome de Wolf Parkinson White)
 - Vía accesoria oculta
 - Taquicardia incesante tipo Coomel
2. Taquicardia intranodal
3. Taquicardia auricular

La taquicardia por reentrada a través de una vía accesoria es la más frecuente en los neonatos, recorre aurículas y ventrículos, y utiliza el nodo auriculoventricular de Hiss. La forma anterógrada hacia el ventrículo produce una frecuencia cardíaca entre 220 y 300 lat/min.

Se puede observar signo de preexcitación (onda delta) y en el electrocardiograma, ritmo sinusal, que configura el llamado clásicamente síndrome de Wolf Parkinson White o vía accesoria oculta³.

Presentación del paciente

Recién nacida femenina con 22 horas de vida, nace de parto eutócico a término, de 40 semanas, Apgar 8 y 9, peso de 3 300 gramos, sin antecedentes pre- y perinatales patológicos, que comienza

con taquicardia de hasta 300 latidos por minutos y manchas hipocoloreadas en miembro inferior izquierdo; el resto del examen físico es negativo, e incluye estabilidad hemodinámica. Se realiza maniobra de estimulación vagal, mediante la cual se revierte la frecuencia cardíaca de inmediato (entre 120 y 132 lat/min); esta situación clínica se repite, por lo que se interconsulta con el especialista en Cardiología Pediátrica, se inicia el estudio de la paciente y se obtienen los siguientes resultados:

- Electrocardiograma (Fig 1): ritmo sinusal, eje izquierdo, extrasístoles aisladas, frecuencia cardíaca de 300 lat/min.

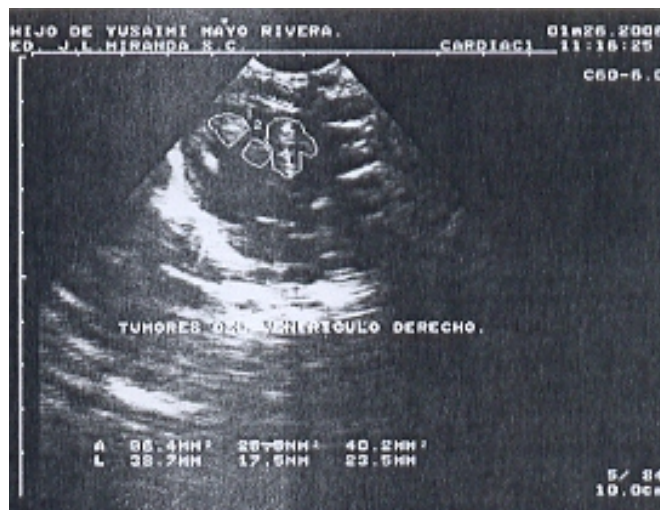


Fig 1 Ecocardiograma Doppler.

- Ecocardiograma Doppler: sin alteración estructural, con presencia de tres rbdomiomas en ventrículo derecho (Fig 2).

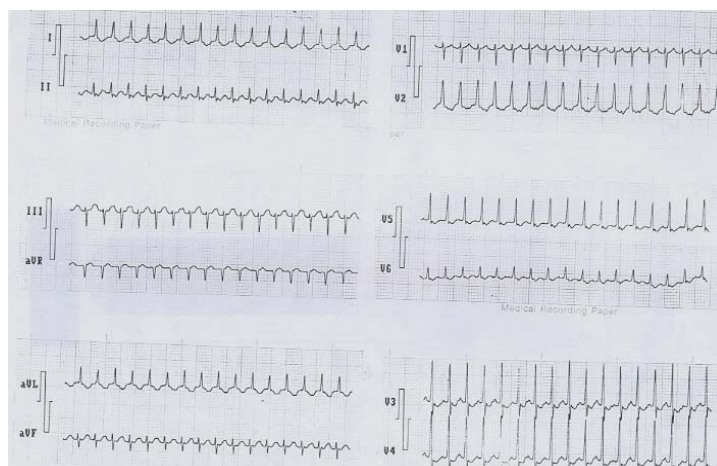


Fig 2 Electrocardiograma: taquicardia paroxística supraventricular.

- Complementarios habituales: fueron normales.

Se indica tratamiento con adenosina (antiarrítmico que bloquea la conducción del nodo auriculoventricular), se interconsulta y traslada al Cardiocentro "William Soler" en Ciudad de La Habana, donde se confirma el diagnóstico de taquicardia paroxística supraventricular.

Actualmente es una lactante eutrófica, con desarrollo psicomotor normal, se le administra tratamiento con antiarrítmicos, y se encuentra con estabilidad clínica y cardiovascular (Fig 3).



Fig 3 Recién nacida a término.

Comentario

La taquicardia supraventricular en el período neonatal es poco frecuente y no suele asociarse a cardiopatías estructurales²⁻⁴. Puede deberse a alteraciones mecánicas (catéteres venosos centrales), metabólicas (hipopotasemia, hipercalcemia, hipoxia, hipoglicemia), infecciosas (miocarditis) o consecutivas a la administración de fármacos (digitálicos, cafeína, agentes simpaticomiméticos, anestésicos⁵).

Referencias bibliográficas

1. Ganame J, D'houge J, Mertens L. Different deformation Patterns in intracardiac tumors. Eur J Echocardiogr. 2005;6(6):461-4.
2. Venugopalan P, Babu JS, Al-Bulushi A. Right atrial rhabdomyoma acting as the substrate for Wolff. Parkinson-Whitthe Syndrome in 3-months-old infant. Acta Cardiol. 2005;60(5):543-5.
3. Orlandi A, Ferlosio A, Angeloni C, Ciuci A, Giusto Spagnoli L. Cardiac tumors. Pathologic. 2005;97(3):115-23.
4. Krombach GA, Spuentrup E, Buecker A, Mahnken AH, Katoh M, Temur Y, et al. Heart tumors: magnetic resonance imaging and multislice spiral CT. Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr. 2005;177(9):1205-18.
5. Abdel-Rahman U, Ozalasn F, Esmaeili A. A giant rhabdomyoma with left ventricular inflow occlusion and univentricular physiology. Thorac Cardiovasc Surg. 2005;53(4):259-60.