



El Rincón del Residente

Coordinadores: F. Campillo i López,
E. Pérez Costa, D. Rodríguez Álvarez,
E. Ballesteros Moya
*Residentes de Pediatría del Hospital
Universitario La Paz. Madrid*



*El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos e imágenes clínicas entre otras.
¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org*

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Taquicardia refractaria a tratamiento médico en un recién nacido

P. Domínguez Manzano*, V. Román Barba*, B. Toral Vázquez**

*Médicos Residentes de Cardiología Infantil. Instituto Pediátrico del Corazón; Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Médico Pediatra Adjunto de Cardiología Infantil. Instituto Pediátrico del Corazón; Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Pediatr Integral 2016; XX (2): 129.e1 – 129.e6

Historia clínica

Presentamos un caso clínico de alteración del ritmo cardíaco fetal diagnosticado en la semana 21+5 de edad gestacional, con frecuencia cardíaca de 190 lpm. Se trata con digoxina y flecainida transplacentarias, con control parcial de la frecuencia cardíaca fetal.

En la semana 38, ante la persistencia de la arritmia se induce el parto. Tras el nacimiento, se realiza un electrocardiograma (Fig. 1) que confirma el diagnóstico fetal. Se realizaron maniobras vagales y administración intravenosa

de ATP que no fueron efectivos. Se inició tratamiento con amiodarona y durante los primeros días se mantiene arritmico la mayor parte del día. Posteriormente, se asoció tratamiento con digoxina por falta de control de la frecuencia cardíaca, sin éxito.

Se retiró digoxina y se asoció propranolol a la amiodarona. A los 14 meses de edad, mantiene una ganancia ponderoestatural adecuada, pero continúa con episodios arrítmicos asintomáticos y el estudio Holter muestra episodios muy frecuentes a lo largo del día.

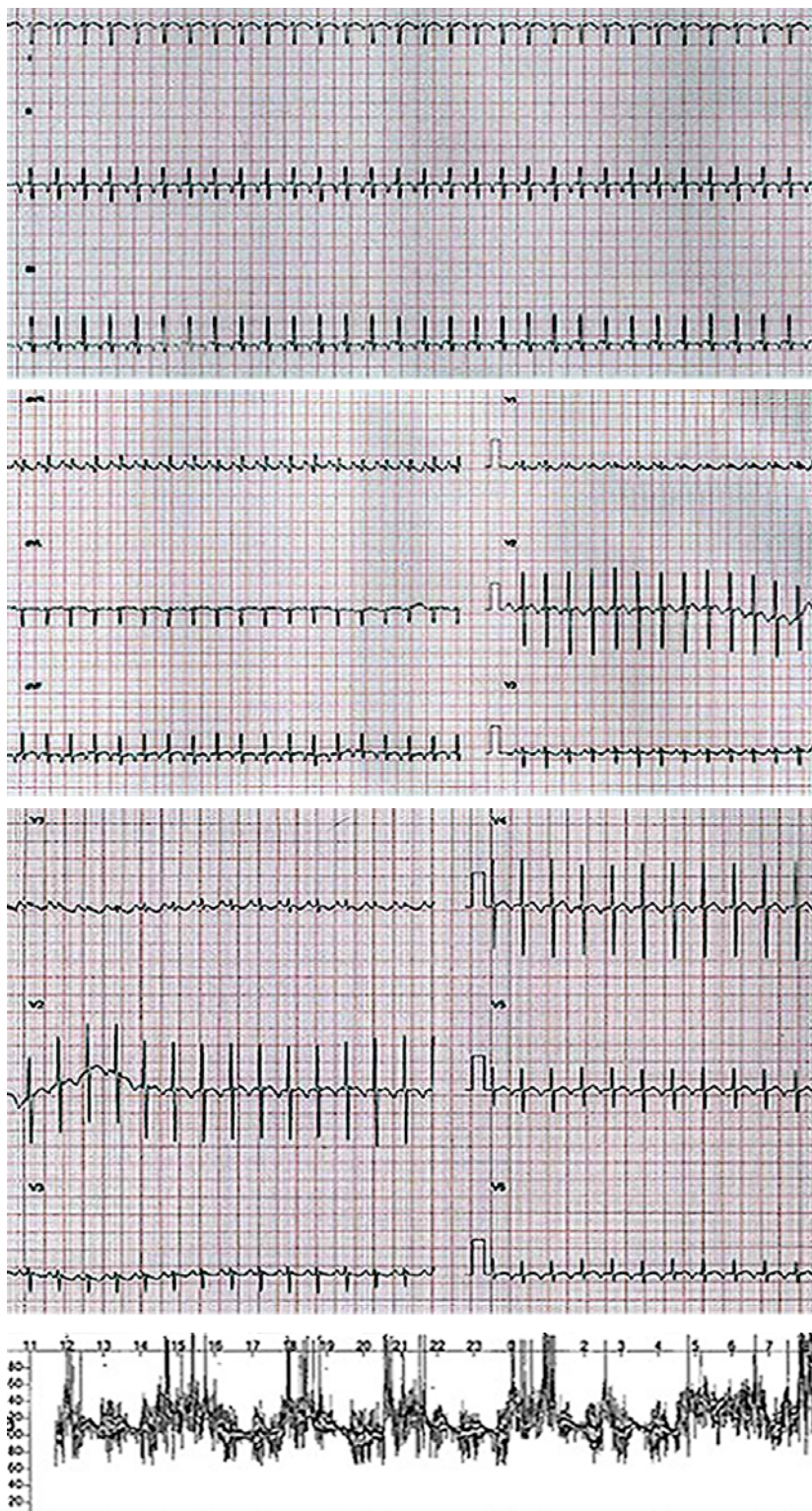


Figura 1.

Finalmente, cuando el paciente alcanzó los 13 kilogramos de peso, con 15 meses de edad, se realiza estudio electrofisiológico (EEF) diagnóstico y terapéutico, que confirmó el diagnóstico clínico y electrocardiográfico y, tras el cual, el paciente no volvió a presentar arritmias tras 3 años de seguimiento.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Bloqueo aurículo-ventricular completo congénito.
- Taquicardia de Coumel.
- Taquicardia ventricular.
- Taquicardia por reentrada intranodal antidrómica.
- Taquicardia sinusal.

Respuesta correcta

- b. Taquicardia de Coumel.

Comentario

El electrocardiograma muestra una taquicardia regular de QRS estrecho con ondas P negativas en las derivaciones II, III y aVF y un intervalo RP mayor que PR.

La imagen no se corresponde con un bloqueo aurículo-ventricular completo, puesto que en este existe disociación entre las ondas P y los complejos QRS y la frecuencia cardíaca es menor que la habitual para la edad del paciente, pues en presencia del bloqueo de la transmisión del impulso auricular a los ventrículos, se pone en marcha un marcapasos cardíaco diferente al sinusal, cuya frecuencia de disparo es inferior. Tampoco corresponde a una taquicardia sinusal, en la que las ondas P serían positivas en derivaciones inferiores (II, III, aVF) y negativas en aVR.

La taquicardia ventricular es una taquicardia regular de QRS ancho, a diferencia de la imagen del caso clínico que nos ocupa.

El electrocardiograma podría corresponder a una taquicardia por reentrada intranodal antidrómica, en la que la vía lenta (normal) del nodo AV conduce el impulso antidrómicamente hacia la aurícula, y la vía rápida (anormal) transmite el impulso anterógrado al haz de His, dando lugar a ondas P que preceden al complejo QRS siguiente. Esta taquicardia presenta típicamente un comportamiento paroxístico y suele responder al tratamiento médico de la taquicardia supraventricular (TSV) con adenosina, puesto que esta bloquea la conducción a través del nodo AV.

La taquicardia recíprocante permanente de la unión o taquicardia de Coumel es una TSV infrecuente en la infancia, relacionada con la existencia de una vía de conducción

accesoria (generalmente de localización posteroseptal) de conducción lenta y retrógrada del impulso cardíaco, lo que da origen a un intervalo RP largo en el electrocardiograma, con las características ondas P negativas en las derivaciones inferiores, que se pueden observar en el electrocardiograma de este caso. Presenta, habitualmente, un comportamiento incesante, los pacientes entran y salen continuamente de la taquicardia, como se ve reflejado en el registro Holter. La respuesta al tratamiento médico suele ser mala y no existe un protocolo consensuado para el mismo. En la mayor parte de los casos, es necesario un EEF para ablación de la vía accesoria, administrando tratamiento antiarrítmico hasta que el paciente alcance el peso ideal para realizarlo, si es posible. Por tanto, los hallazgos electrocardiográficos, el comportamiento clínico, la respuesta al tratamiento y el EEF son consistentes con una taquicardia recíprocante permanente de la unión o de Coumel.

Palabras clave

Arritmia; Taquicardia supraventricular; Recién nacido; Arrhythmia; Supraventricular tachycardia; Newborn.

Bibliografía

1. Kang KT, Potts JE, Radbill AE, et al. Permanent junctional reciprocating tachycardia in children: a multicenter experience. *Heart Rhythm*. 2014; 11: 1426-32.
2. Amara W, Monsel F. Permanent junctional reciprocating tachycardia (Coumel type): a rare but curable form of tachycardia. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2013; 62: 361-3.
3. Brugada J, Blom N, Sarquella G, Blomstrom C, et al. Pharmacological and non-pharmacological therapy for arrhythmias in the pediatric population: EHRA and AEPIC-Arrhythmia Working Group joint consensus statement. *Europace* doi:10.1093/europace/eut082.

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico

Llanto inconsolable en el lactante

C.P. García Gijón*, M.A. Arrabal Vela*, V. Román Barba**

*Residentes del Servicio de Pediatría General y Urgencias Pediátricas, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**Adjunto del Servicio de Pediatría General y Urgencias Pediátricas, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Historia clínica

Niña de 4 meses que es llevada por su madre al servicio de urgencias por irritabilidad inconsolable de dos días de evolución. Sin otra sintomatología acompañante.

A la exploración física detallada, destaca el enrojecimiento y edema distal del 4º dedo del pie izquierdo (Fig. 1).

¿Cuál es su diagnóstico?

- a. Osteomielitis.
- b. Síndrome del torniquete.
- c. Celulitis aguda bacteriana.
- d. Dermatitis de contacto.
- e. Las respuestas a y c son correctas.



Figura 1.

Respuesta correcta

- b. Síndrome del torniquete.

Comentario

Se aprecia atrapamiento circunferencial ocasionado por un pelo, lo que condiciona la estrangulación de la extremidad con signos incipientes de isquemia. Se procedió a la extracción inmediata del cuerpo extraño liberando el anillo de constricción. La paciente recibió tratamiento antibiótico intravenoso con evolución favorable.

El “síndrome del torniquete del dedo del pie” es un término introducido por Quinn en el año 1971. Es producido por la combinación de varias circunstancias, incluyendo la acumulación de material extraño en la ropa y la respuesta variable del reflejo plantar en el niño. La estrangulación se manifiesta por un enrojecimiento y tumefacción de la parte del dedo distal al cuerpo extraño. Se interrumpe el drenaje linfático seguido de la obstrucción al flujo venoso. Si persiste la compresión puede progresar a la obstrucción arterial y autoamputación.

Ante un lactante con llanto inconsolable, debemos realizar una exploración física completa. Es de especial interés

conocer este síndrome por su fácil diagnóstico, pero de fatales consecuencias si no se diagnostica a tiempo.

Palabras clave

Pelo; Irritabilidad; Llanto; Lactante; Torniquete; Hair; Irritability; Crying; Infant; Tourniquet.

Bibliografía

1. Blesa E, Martínez Almoyna R, Díez Parado JA. Estrangulación de dedos del pie por cabellos o hilos. *An Esp Pediatr.* 1975; 8: 255-8.
2. Narkewicz RM. Compresión digital distal. *Pediatrics (ed esp).* 1978; 5: 493-4.
3. Berard J. Les cheveux étrangleursou toes tourniquet syndrome. *Pediatric.* 1981; 36: 539-42.
4. Albel MF, McFarland III R. Hair and thread constriction of the digits in infants. A case report. *J Bone and Joint Surg.* 1993; 75-A: 915-6.
5. Quinn NJ. Toe tourniquet syndrome. *Pediatrics.* 1971; 48: 145-6.
6. Alpert JJ, Filler R, Glaser HH. Strangulation of an appendage by hair wrapping. *N Engl J Med.* 1965; 273: 866-7.
7. Barton DJ, Sloan GM, Nichter LS, Reinisch JF. Hair-thread tourniquet syndrome. *Pediatrics.* 1988; 82: 925-8.