

Cas 2018.4

Adolescent de 13 anys amb simptomatologia de síncope imminent

Marta Mascaró¹, Sílvia Escribà², Fernando García², M^a Ángeles de la Fuente², Ferran Rosés^{3, 4}

¹ Servei de Pediatria. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Balears). ² Unitat de Cardiologia Pediàtrica. Servei de Pediatria. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Balears). ³ Unitat de Cardiologia Pediàtrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴ Paediatric Cardiology Department. Royal Brompton Hospital. Londres (Regne Unit)

Adolescent de 13 anys, sense antecedents patològics d'interès, que acut a urgències per simptomatologia compatible amb síncope imminent: mareig, pal·lidesa, sudoració freda i pèrdua del to muscular.

Es realitza un electrocardiograma (ECG) de dotze derivacions (Fig. 1), en què destaca: taquicàrdia regular amb freqüència de 151 batecs per minut, absència de ritme sinusal, QRS de 120 ms de durada amb morfologia de bloqueig de branca dreta i eix esquerre a -80° . Davant aquest traçat, es valora la possibilitat que es tracti d'una taquicàrdia supraventricular (TSV) amb bloqueig de branca dreta de base o d'una taquicàrdia ventricular (TV) monomòrfica. Quan es revisa amb més detall l'ECG,

s'observa que, a més de les característiques descrites anteriorment, es poden apreciar ones p dissociades, és a dir, una dissociació auriculoventricular.

A causa de l'estabilitat de la pacient, així com de la manca de resposta a maniobres vagals, s'administra adenosina i, posteriorment, esmolol, sense obtenir una resposta clínica ni electrocardiogràfica. Tenint en compte l'absència de resposta al tractament administrat, així com la tendència de la pacient a la hipotensió, es realitzen tres cardioversions successives sense reversió de la taquicàrdia.

Quin és el seu diagnòstic?

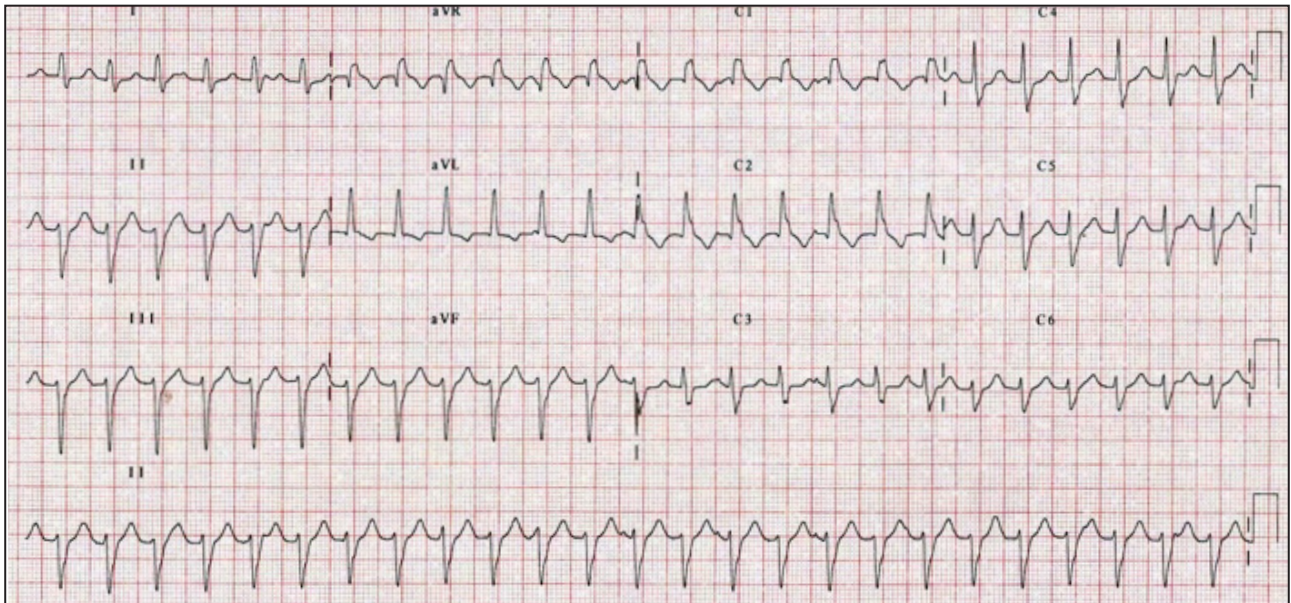


Fig. 1. ECG fet a l'arribada de la pacient a urgències, que mostra una taquicàrdia regular de QRS ample, amb morfologia de bloqueig de branca dreta i eix esquerre, i una dissociació auriculoventricular.

Aquest treball ha estat presentat a la XV Reunió Anual de la Societat de Pediatria Balear (Colònia Sant Jordi, Les Salines, octubre 2016).

Correspondència: Marta Mascaró Ogazón
Hospital Universitari son Espases
Ctra. de Valldemosa, 79. 07010 Palma
marta.mascaro@ssib.es

Treball rebut: 12.09.2017
Treball acceptat: 04.04.2018

Discussió

La dissociació auriculoventricular és característica de la TV. Dins d'aquest grup de taquicàrdies, la presència d'un QRS de 120 ms (ample, però relativament estret), amb morfologia de bloqueig de branca dreta i eix superior (esquerre) suggereix la taquicàrdia ventricular fascicular posterior (TVFP) com a diagnòstic més probable.

En el cas exposat, un cop s'orienta el diagnòstic, s'administra verapamil endovenós (0,1 mg/kg); la taquicàrdia reverteix a ritme sinusal i es normalitza el traçat electrocardiogràfic (Fig. 2).

Durant l'hospitalització, la pacient es manté en tot moment hemodinàmicament estable, i no es repeteix cap episodi de taquicàrdia.

Després de fer l'estudi electrofisiològic, que confirma el diagnòstic, es procedeix a l'ablació mitjançant radiofreqüència, a nivell del fascicle posterior del feix de His, com a tractament definitiu. Posteriorment, la pacient s'ha mantingut asimptomàtica.

Diagnòstic: Taquicàrdia ventricular fascicular posterior.

Comentari

La TVFP és la forma més freqüent (>90%) de taquicàrdia ventricular esquerra idiopàtica; normalment afecta pacients joves, amb estructura cardíaca normal¹. Sol esdevenir de forma paroxística, té una forma de presentació variable, i en la majoria de casos és ben tolerada². Tot i això, pot constituir una entitat greu i causar inestabilitat hemodinàmica i risc per a la vida del pacient.

La seva base fisiopatològica consisteix en un fenomen de reentrada en la zona del fascicle posterior de la branca esquerra del feix de His i l'ECG es caracteritza per un QRS ample, tot i que relativament estret en comparació amb les taquicàrdies ventriculars monomòrfiques (QRS < 140 ms), morfologia de bloqueig de branca dreta i eix superior (esquerre).

Característicament respon a tractament amb antagonistes del calci, tot i que el tractament d'elecció en pacients simptomàtics consisteix en l'ablació mitjançant radiofreqüència per part de personal experimentat (evidència IB), amb taxes de recurrència del 0-20%^{1,3}.

Com que ja és coneguda la gravetat de les taquicàrdies ventriculars, l'interès d'aquest cas se centra en la descripció d'un tipus de taquicàrdia ventricular poc freqüent en pediatria, tot i que resulta relativament fàcil d'orientar si es realitza un abordatge adequat i s'atén a determinades característiques de l'ECG.

Bibliografia

1. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el tratamiento de pacientes con arritmias ventriculares y prevención de la muerte súbita cardíaca. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de pacientes con arritmias ventriculares y prevención de la muerte súbita cardíaca. Rev Esp Cardiol. 2016;69(2):176.e1-e77.
2. Rivero M, Femenía F. Ablación de las taquicardias ventriculares idiopáticas. A: Brugada J, Aguinaga L, ed. Ablación por catéter de arritmias cardíacas. Buenos Aires: Silver Horse; 2010;8. Accessible a la xarxa [data de consulta: 05-08-2017]. Disponible a: <http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/ablacion/index.php>
3. Collins KK, Schaffer MS, Liberman L, Saarel E, Knecht M, Tanel RE, et al. Fascicular and nonfascicular left ventricular tachycardias in the young: an international multicenter study. J Cardiovasc Electrophysiol. 2013;24(6):640-8.

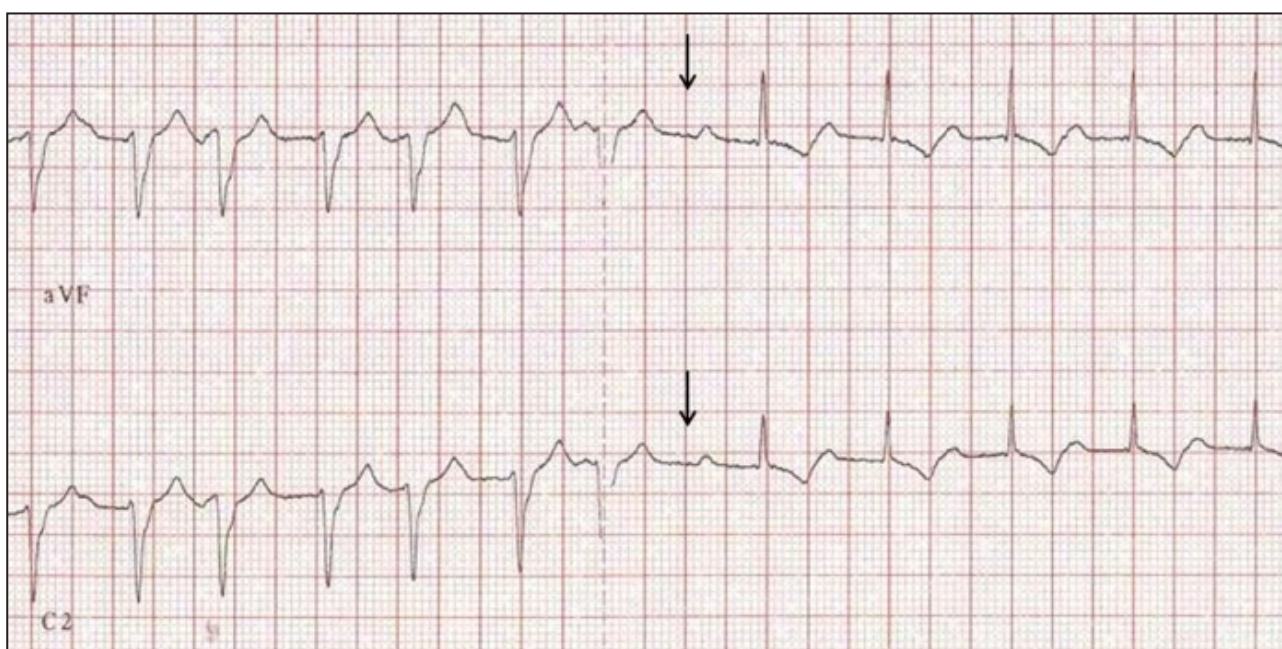


Fig. 2. ECG fet escassos segons després d'iniciar l'administració de verapamil intravenós. Es mostra la normalització de l'eix cardíac, l'estretament del complex QRS i la desaparició de la morfologia de bloqueig de branca dreta. El canvi de patró s'assenyala amb una fletxa.