
Casos clínicos en Cardiología (n.º 6): niño de diez años con auscultación arrítmica

D. Crespo Marcos, FJ. Pérez-Lescure Picarzo

Cardiología Infantil. Unidad de Pediatría.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid. España.

Resumen

Continuamos con la serie de casos clínicos en Cardiología Pediátrica revisando los motivos de consulta y los datos exploratorios en las consultas de Pediatría de Atención Primaria, presentados de forma breve y práctica. En este número se recoge el caso de un niño de diez años que consulta por dolor abdominal, detectando en la exploración física general una auscultación cardíaca arrítmica. Se discute la interpretación del electrocardiograma y el manejo del paciente.

Palabras clave: Arritmia cardíaca. Auscultación cardíaca. Extrasístole ventricular. Extrasístole supraventricular.

Clinical cases in Cardiology (nº 6): a ten years old child with arrhythmic auscultation

Abstract

We continue the series of clinical cases in Pediatric Cardiology checking reasons for consultation in the pediatric offices of Primary Care as well as exploratory signs, and presenting them in a brief and practical way. In this paper we present the case of a 10 years old boy to whom an arrhythmic cardiac auscultation is found in the context of an abdominal pain. The electrocardiographic interpretation and the way the child is managed is discussed

Key words: Cardiac arrhythmia. Cardiac auscultation. Ventricular extrasystole. Supraventricular extrasystole.

Caso clínico

Niño de diez años de edad que acude a su centro de salud por dolor abdominal difuso de seis horas de evolución, sin otra sintomatología asociada. El paciente ca-

rece de antecedentes personales o familiares de interés, no recibe tratamiento farmacológico alguno, presenta buen estado general y un abdomen blando, sin signos de irritación peritoneal ni otros

David Crespo Marcos: dcrespo@fhalcorcon.es

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

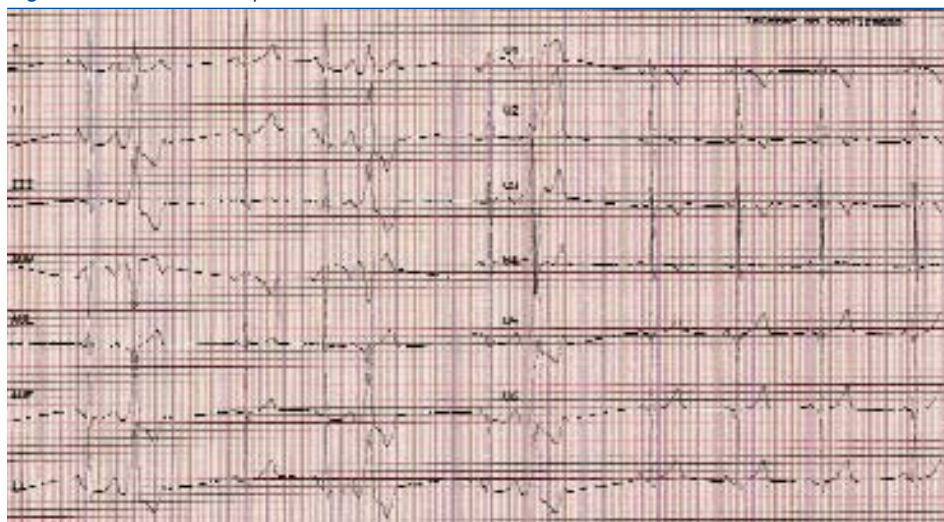
signos de alarma. No obstante, a su pediatra le llama la atención la auscultación cardiaca, pues no le parece rítmica, y tras realizarle un electrocardiograma (ECG) (figura 1), decide derivar al niño para valoración en la consulta de Cardiología Infantil.

¿Cuál es la interpretación del ECG? (revisar el ECG antes de seguir leyendo): el ECG muestra un ritmo sinusal a 65 latidos por minuto (lpm), sin anomalías en la onda P, el segmento PR ni en la repolarización (segmento ST y onda T), con un intervalo QTc normal (0,38 s). El complejo QRS presenta una morfología de bloqueo incompleto de rama derecha (patrón RSR' en V1, con duración normal) y un eje normal (en el cuadrante inferior iz-

quierdo, es decir, entre 0 y + 90°). Se observan latidos prematuros con el complejo QRS ancho y la onda T de polaridad invertida, con bigeminismo y trigeminismo. Este último hallazgo (extrasístoles ventriculares) fue lo que motivó la derivación del niño.

En la consulta de Cardiología Pediátrica se realizó un nuevo ECG, con hallazgos similares a los descritos por su médico, objetivando en la tira de ritmo una única extrasístole ventricular. Se realizó una ecocardiografía (normal) y se solicitó un Holter ECG de 24 horas, que constató extrasistolia ventricular frecuente, por lo que se completó el estudio mediante hemograma, bioquímica sanguínea y perfil tiroideo (normales), y se solicitó una er-

Figura 1. Trazado ECG del paciente.



gometría, en la que se comprobó que las extrasístoles desaparecían al aumentar la frecuencia cardiaca. Se revisaron todos los trazados electrocardiográficos del paciente (el ECG de su pediatra y el de la consulta, el Holter y la ergometría) y se vio que las extrasístoles siempre presentaban la misma morfología. El niño sigue controles periódicos en la consulta, sin haberse indicado ningún tipo de restricción en cuanto al ejercicio físico, y continúa completamente asintomático.

Comentarios

Una extrasístole es un latido prematuro con origen distinto al nodo sinusal. Generalmente, las extrasístoles se anti-

pan al impulso generado en el nodo sinusal, bloqueándolo y produciendo una pausa compensatoria (se denomina completa cuando la distancia entre la onda R previa y la posterior a la extrasístole es el doble o más que el intervalo RR entre dos latidos normales; e incompleta cuando es menos del doble).

Las extrasístoles ventriculares¹ tienen un complejo QRS ancho, una polaridad de la onda T invertida con respecto al QRS, suelen no ir precedidos de una onda P y producir una pausa compensatoria completa. Por el contrario, las extrasístoles supraventriculares² tienen un complejo QRS estrecho, una polaridad de la onda T similar a la de los latidos sinusales,

Figura 2. Extrasístole ventricular (complejo QRS ancho, onda T de polaridad invertida con respecto al QRS). B. Extrasístole supraventricular (onda P previa distinta a la P sinusal, complejo QRS estrecho).



suelen ir precedidos de una onda P (distinta a la P sinusal) y producir una pausa compensatoria incompleta (figura 2).

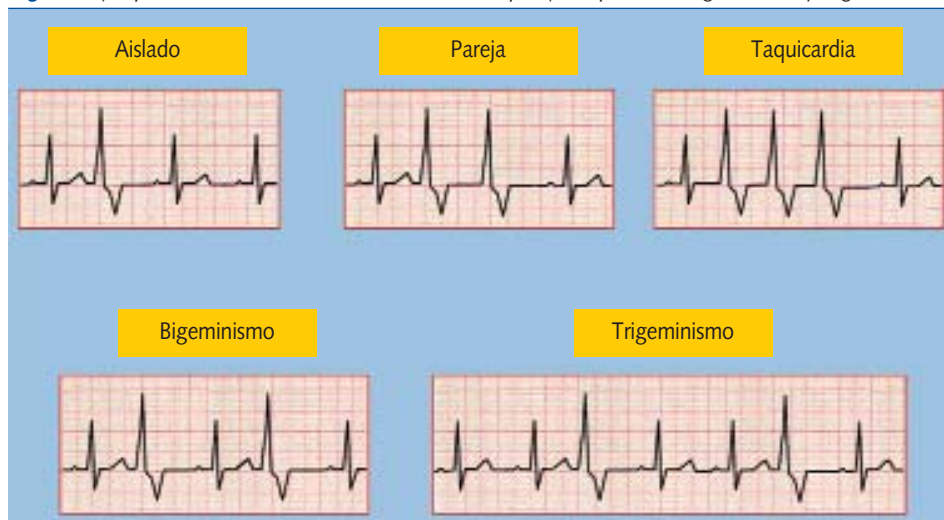
En cuanto a la nomenclatura (figura 3), hablamos de extrasístoles aisladas (los latidos precedentes y posteriores son sinusales), pareja (dos extrasístoles consecutivas), taquicardia (tres o más extrasístoles consecutivas), bigeminismo (alternancia entre un latido sinusal y una extrasístole) y trigeminismo (alternancia entre dos latidos sinusales y una extrasístole). Además, catalogamos las extrasístoles como monomorfas (todas iguales) o polimorfas (se observan dos o más morfologías distintas).

Ante la detección de extrasistolia, se debe remitir al niño a la consulta de Cardio-

logía Infantil; donde se realizará una ecocardiografía para descartar cardiopatía congénita, miocardiopatía subyacente o dilatación de cavidades/disfunción cardíaca, y se solicitará un Holter ECG de 24 horas para cuantificar la actividad ectópica. Es importante cerciorarse de la normalidad del ECG basal, en especial del intervalo QTc (se mide en los latidos sinusales y no debe superar los 0,44 s)³. En determinados casos se completará el estudio mediante analítica sanguínea, perfil tiroideo (podría deberse a anemia grave, trastornos electrolíticos o hipertiroidismo, aunque en tales situaciones se acompañará de otras manifestaciones clínicas) y ergometría.

Ante un niño con extrasístoles, son indicadores de buen pronóstico los si-

Figura 3. Ejemplos de extrasístole ventricular aislada, en pareja, taquicardia, bigeminismo y trigeminismo.



güientes^{4,5}: extrasístoles aisladas, extrasístoles poco frecuentes; extrasístoles monomorfas (la presencia de distintas morfologías puede orientar hacia una miocardiopatía); corazón estructuralmente normal; disminución o desaparición con el ejercicio (si aumentan al incrementar la frecuencia cardiaca, podríamos encontrarnos ante una taquicardia ventricular polimorfa catecolaminérgica; sin embargo, es frecuente y benigna la reaparición de las extrasístoles en la fase de recuperación de las pruebas de esfuerzo); ausencia de dilatación de cavidades y/o disfunción cardiaca; y que las extrasístoles no sean desencadenantes de taquiarritmias (taquicardia supraventricular, flúter auricular o fibrilación

auricular en el caso de extrasístoles supraventriculares, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular o taquicardia tipo "torsión de puntas" en el caso de extrasístoles ventriculares).

En Pediatría es excepcional que se requiera instaurar tratamiento⁴ ante la extrasistolia; estaría indicado ante sintomatología muy marcada, dilatación de cavidades, disfunción cardiaca, o si los latidos ectópicos actuaran como desencadenantes de taquiarritmias graves. Se debe recomendar eliminar estimulantes, y en algunas ocasiones se precisará pautar tratamiento farmacológico (con β -bloqueantes u otros antiarrítmicos más potentes) e incluso ablación mediante un estudio electrofisiológico.

Bibliografía

1. Hebban AK, Hueston WJ. Management of common arrhythmias: Part II. Ventricular arrhythmias in special populations. *Am Fam Physician*. 2002;65:2491-6.

2. Hebban AK, Hueston WJ. Management of common arrhythmias: Part I. Supraventricular arrhythmias. *Am Fam Physician*. 2002;65:2479-86.

3. Tanel RE. ECGs in the ED. Ventricular ectopy. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24:722-3.

4. Alexander ME, Berul CI. Ventricular arrhythmias: when to worry. *Pediatr Cardiol*. 2000;21:532-41.

5. Beaufort-Krol GC, Dijkstra SS, Bink-Boelkens MT. Natural history of ventricular premature contractions in children with a structurally normal heart: does origin matter? *Europace*. 2008;10:998-1003.

