

Miocardiópatía secundaria a taquicardia auricular ectópica

F. Rosés i Noguer^a, D.C. Albert Brotons^b, Q. Ferrer Menduïña^b,
F. Gran Ipiña^b, M.C. Escobar Díaz^b y A. Moya Mitjans^b

^aUnidad Cuidados Intensivos Pediátricos. ^bCardiología Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

La taquicardia auricular ectópica es una causa infrecuente de taquicardia supraventricular en niños pudiendo resolverse espontáneamente o derivar a una miocardiópatía dilatada. La importancia de esta entidad se basa en ser una causa de miocardiópatía dilatada reversible. Se caracteriza por la presencia de un foco anómalo localizado en el tejido auricular distinto al nodo sinusal. Su tratamiento incluye: fármacos antiarrítmicos o ablación por radiofrecuencia y en casos rebeldes resección quirúrgica del foco ectópico. Presentamos una paciente con una miocardiópatía dilatada secundaria a un foco auricular ectópico y su recuperación con tratamiento médico.

Palabras clave:

Taquicardia auricular ectópica. Miocardiópatía dilatada.

DILATED CARDIOMYOPATHY SECONDARY TO ATRIAL ECTOPIC TACHYCARDIA

Ectopic atrial tachycardia is an uncommon cause of supraventricular tachycardia in children. It can resolve spontaneously or induce dilated cardiomyopathy. It is important to recognize this entity as a reversible cause of dilated cardiomyopathy, characterized by the presence of an abnormal focus located in the atrial myocardium and distinct to sinus node. Treatment strategies include the use of antiarrhythmic drugs, radiofrequency ablation, and, in patients refractory to medical treatment, surgical resection of the ectopic focus. We describe a patient with dilated cardiomyopathy due to an atrial ectopic focus and its resolution after medical treatment.

Key words:

Atrial ectopic tachycardia. Dilated cardiomyopathy.

INTRODUCCIÓN

La taquicardia auricular ectópica (TAE) es una causa infrecuente de taquicardia supraventricular (TSV). Con-

siste en la presencia de un foco localizado en el tejido auricular distinto del nodo sinusal. Se clasifican en forma recurrente e incesante con características clínicas y pronósticas bien diferenciadas. La importancia de la TAE consiste en la posibilidad de derivar a una miocardiópatía dilatada (MCD) generalmente recuperable tras el control de la taquicardia. Existen tres estrategias terapéuticas: el tratamiento con fármacos antiarrítmicos; la ablación por radiofrecuencia (RFA); y el tratamiento quirúrgico. Se ha descrito la presencia de recuperaciones espontáneas hasta en un 75%. Presentamos un paciente con MCD secundaria a un foco auricular ectópico localizado en la aurícula izquierda y su recuperación tras el tratamiento médico.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 5 años sin antecedentes de interés salvo cansancio a moderados esfuerzos un año antes, derivada a nuestro centro tras objetivar taquicardia (150 lat./min). El electrocardiograma objetivó taquicardia a 150 lat./min, con intervalo QRS estrecho y morfología de la onda P anómala con eje en el plano frontal de 120° (P negativa en DI) (fig. 1). La radiografía de tórax reveló la presencia de cardiomegalia y signos de edema pulmonar. En el estudio ecocardiográfico inicial (fig. 2) se observó un diámetro de ventrículo izquierdo (VI) telediastólico (DTD) de 44 mm y telesistólico (DTS) de 37 mm con una fracción de acortamiento (FA) del 27,6% con una insuficiencia mitral moderada. Se realizaron bajo monitorización maniobras vagales obteniéndose cambio a ritmo sinusal durante segundos. Se inició tratamiento con digoxina y diuréticos presentando una disminución de la frecuencia cardíaca. A las 48 h se suspende el tratamiento con digoxina, iniciándose amiodarona, revertiendo a ritmo sinusal. En el control ecocardiográfico a los 5 días de tratamiento

Correspondencia: Dr. f. Rosés i Noguer.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Vall d'Hebron.
Pº Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.
Correo electrónico:

Recibido en febrero de 2006.

Aceptado para su publicación en mayo de 2006.

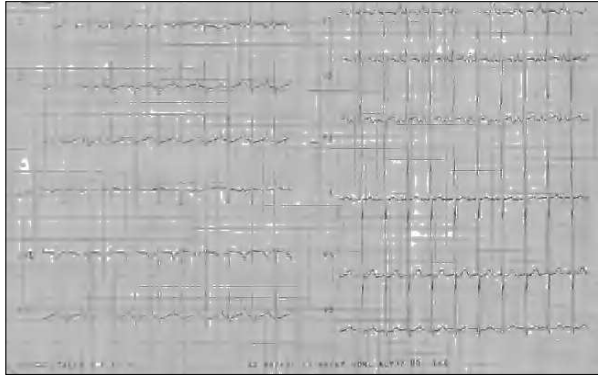


Figura 1. Electrocardiograma de 12 derivaciones donde se evidencia FC de 150 lat./min, ondas P negativas en D₁ y aVL, eje de la onda P de 120°. Intervalo PR de 0,2 s. Intervalo de QRS 0,04 s. Eje 60° sin trastornos de la repolarización.

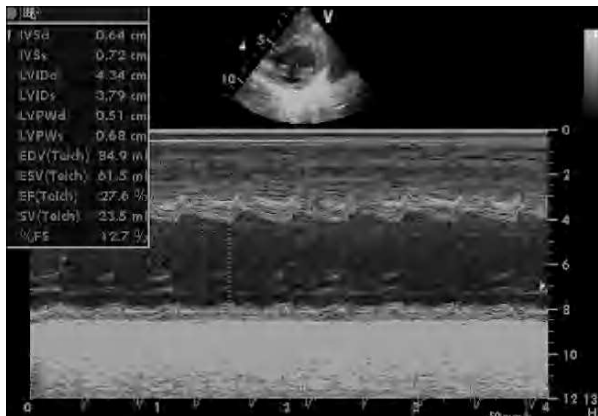


Figura 2. Ecocardiografía Doppler en modo M. Se observa un ventrículo izquierdo dilatado con un DTD de 44 mm y un DTS de 37 mm con una fracción de acortamiento del 27,6%.

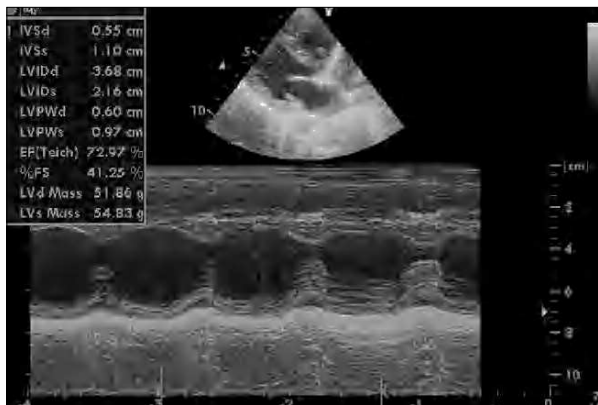


Figura 3. Ecocardiografía Doppler en modo M donde se visualiza una disminución del tamaño del ventrículo izquierdo con un DTD de 37 mm y un DTS de 22 mm con recuperación de la función sistólica (fracción de acortamiento 73%).

persistía la dilatación del VI con una FA del 47%. El registro Holter inicial (a los 7 días) muestra la presencia de taquiarritmia auricular autolimitada, sugestivo de un foco auricular ectópico izquierdo; siendo normales los posteriores. El tamaño del VI disminuyó progresivamente (DTD de 37 mm) con recuperación de la función sistólica (FA 73%) a los 4 meses (fig. 3), suspendiéndose el tratamiento con amiodarona, sin presentar recurrencias tras 9 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

La TAE representa entre el 4-18% de las TSV en niños y adolescentes^{1,2}. Existen formas asintomáticas, con una prevalencia del 0,34%, que pueden resultar inadvertidas³.

El diagnóstico se basa en el estudio electrocardiográfico. Se distinguen dos formas clínicas: la repetitiva, suele presentar sintomatología leve y raramente deriva a una MCD, consiguiendo su control con tratamiento médico; y la forma incesante que suele provocar insuficiencia cardíaca con MCD y presentar mala respuesta al tratamiento con antiarrítmicos¹.

La frecuencia de MCD en los pacientes afectados de TAE varía entre el 53-63%^{1,4} presentando, tras el control de la taquicardia, una recuperación de la función sistólica en 1-2 meses y el tamaño del VI aproximadamente a los 6 meses^{5,6}. En nuestra paciente se observó una recuperación similar con la descrita en la bibliografía.

En relación a la evolución natural se ha descrito la presencia de resoluciones espontáneas en un 30-75% de los casos^{1,2}. Los pacientes afectados de formas incesantes y con focos ectópicos múltiples tienen un peor pronóstico². Recientemente Salerno et al⁷ han relacionado la edad inferior a 3 años como un factor de buen pronóstico, presentando un control con tratamiento médico en un 91% de los casos y una frecuencia de resoluciones espontáneas del 76%, en los mayores de 3 años sólo un 37% presentaron respuesta al tratamiento médico y un 16% resoluciones espontáneas⁷.

El tratamiento de la TAE incluye tres posibilidades distintas: a) el tratamiento antiarrítmico suele requerir el uso de varios fármacos combinados con una media de 3 fármacos^{1,2,4,8}; b) el uso de la ablación con radiofrecuencia (ARF) ha resultado eficaz en pacientes pediátricos^{5-7,9,10}, y c) el tratamiento quirúrgico¹¹ aunque actualmente la ablación con radiofrecuencia lo ha suplantado al presentar la misma eficacia y ser menos agresivo.

La elección de la estrategia terapéutica resulta controvertida. Clásicamente se optaba por una actitud conservadora inicial con antiarrítmicos y reservando el uso de la ARF en los casos recurrentes o resistentes al tratamiento^{1,4}. En la serie de Salerno et al⁷, recomiendan el tratamiento médico en los menores de 3 años de edad esperando una posible resolución espontánea, en los mayores de 3 años se decantan por el uso de la ARF como primera opción. En nuestra paciente teniendo en

cuenta la edad y la presentación clínica consideramos la ablación como estrategia a seguir ante una posible recurrencia.

Como comentario final, ante toda MCD en los pacientes pediátricos, la TAE es una entidad a descartar, ya que representa una de las pocas causas reversibles de MCD con el control de la taquicardia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Von Bernuth G, Engelhardt W, Kramer HH, Singer H, Schneider P, Ulmer H, et al. Atrial automatic tachycardia in infancy and childhood. *Eur Heart J*. 1992;13:1410-5.
2. Naheed ZJ, Strasburger JF, Benson DW, Deal BJ. Natural history and management strategies of automatic atrial tachycardia in children. *Am J Cardiol*. 1995;75:405-7.
3. Poutiainen AM, Koistinen MJ, Airaksinen KE, Hartikainen EK, Kettunen RVJ, Karjalainen JE, et al. Prevalence and natural course of ectopic atrial tachycardia. *Eur Heart J*. 1999;20:694-700.
4. Koike k, Hesselein PS, Finlay CD, Williams W, Izukawa T, Freedom RM. Ectopic automatic tachycardia in children. *Am J Cardiol*. 1988;61:1127-30.
5. De Giovanni JV, Dindar A, Griffith MJ, Edgar RA, Silove ED, Stumper O, et al. Recovery pattern of left ventricular dysfunction following radiofrequency ablation of incessant supraventricular tachycardia in infants and children. *Heart*. 1998;79:588-92.
6. Horenstein MS, Saarel E, Dick II M, Karpawich PP. Reversible symptomatic dilated cardiomyopathy in older children and young adolescents due to primary non-sinus supraventricular tachyarrhythmias. *Pediatr Cardiol*. 2003;24:274-9.
7. Salerno JC, Kertesz NJ, Friedman RA, Fenrich AL. Clinical course of atrial ectopic tachycardia is age-dependent: Results and treatment in children < 3 or ≥ 3 years of age. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:438-44.
8. Bauersfeld U, Gow RM, Hamilton RM, Izukawa T. Treatment of atrial ectopic tachycardia in infants < 6 months old. *Am Heart J*. 1995;129:1145-8.
9. Walsh EP, Saul JP, Hulse JE, Rhodes LA, Hordof AJ, Mayer JE, et al. Transcatheter Ablation of ectopic atrial tachycardia in young patients using radiofrequency current. *Circulation*. 1992;86:1138-46.
10. Sanchez C, Benito F. Reversibility of myocardial pathology induced by incessant supraventricular tachycardia in children after radiofrequency ablation. *Rev Esp Cardiol*. 1997;50:643-9.
11. Prager NA, Cox JL, Lindsay BD, Ferguson TB, Osborn JL, Cain M. Long-term effectiveness of surgical treatment of ectopic atrial tachycardia. *J Am Coll Cardiol*. 1993;22:85-92.