



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

¿Vía accesoria aturdida o conducción intermitente?

Stunned accessory pathway or intermittent conduction?



Marc Figueras-Coll^{a,b,*}, Anna Sabaté-Rotés^a, Ferran Rosés-Noguer^{c,d} y Jan Till^d

^a Unidad de Cardiología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Unidad de Cardiología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Universitat de Girona, Girona, España

^c Unidad de Electrofisiología y Cardiología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^d Unidad de Electrofisiología Pediátrica, Servicio de Cardiología Pediátrica, Hospital Royal Brompton and Harefield NHS Foundation Trust, Londres, Reino Unido

Disponible en Internet el 5 de abril de 2019

Una lactante de un mes fue traída a urgencias en situación de *shock* cardiogénico. El electrocardiograma evidenció taquicardia regular de QRS ancho a 270 latidos por minuto, eje inferior-izquierdo y morfología de bloqueo de rama izquierda (fig. 1a). Tras la cardioversión eléctrica sincronizada (1 J/kg), revirtió a ritmo sinusal (fig. 1b), iniciándose perfusión de esmolol. El electrocardiograma realizado 2 h poscardioversión mostró un ritmo sinusal con intervalo PR normal (fig. 2), no obstante, el electrocardiograma realizado 4 h poscardioversión ilustró patrón de preexcitación, sugiriendo el diagnóstico de síndrome de Wolff-Parkinson-White (fig. 3).

El diagnóstico diferencial ante una taquicardia regular de QRS ancho con morfología de bloqueo de rama izquierda en pediatría se establece fundamentalmente entre: 1) taquicardia auriculoventricular por reentrada ortodrómica

con bloqueo de rama izquierda (preexistente o frecuencia dependiente); 2) taquicardia auriculoventricular por reentrada antidrómica (se podría excluir, ya que el QRS durante la taquicardia debería presentar la misma morfología que en ritmo sinusal, y en el caso descrito se observa cambio de eje QRS), y 3) taquicardia ventricular originada en ventrículo derecho (la presencia de vía accesoria hace menos sospechoso este diagnóstico)¹⁻³. Así, la taquicardia ortodrómica con bloqueo de rama izquierda frecuencia dependiente se postuló como el diagnóstico de presunción.

La ausencia transitoria de preexcitación podría deberse a una vía con conducción aturdida poscardioversión eléctrica. Aunque también podría tratarse de una vía accesoria intermitente, la persistencia de preexcitación durante el seguimiento va en contra de esta opción.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mfiguerascoll@gmail.com (M. Figueras-Coll).

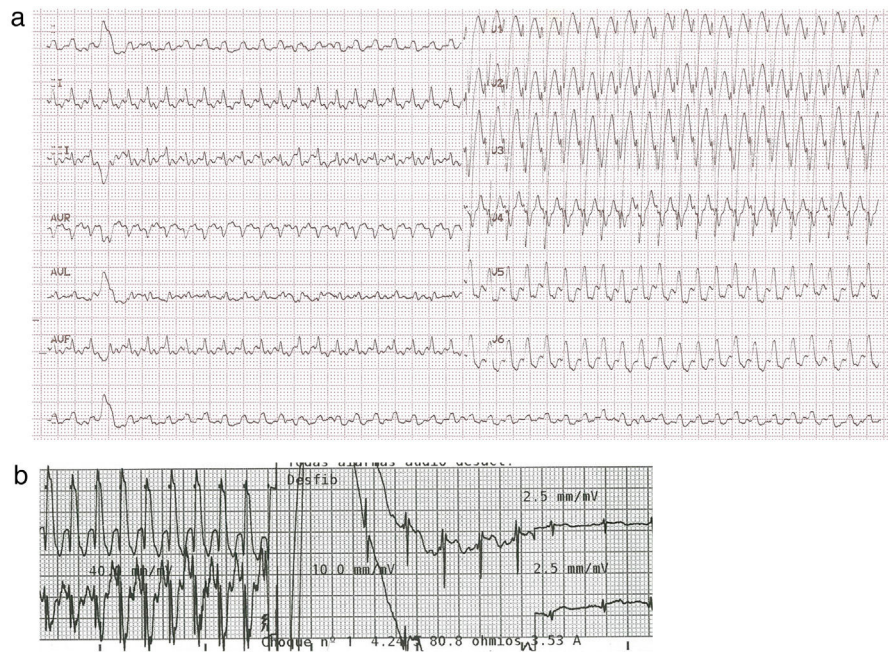


Figura 1 a) Electrocardiograma mostrando una taquicardia regular de QRS ancho, eje inferior-izquierdo, y morfología de bloqueo de rama izquierda; b) Electrocardiograma realizado durante la cardioversión eléctrica. Después del choque, el ritmo sinusal es restaurado.

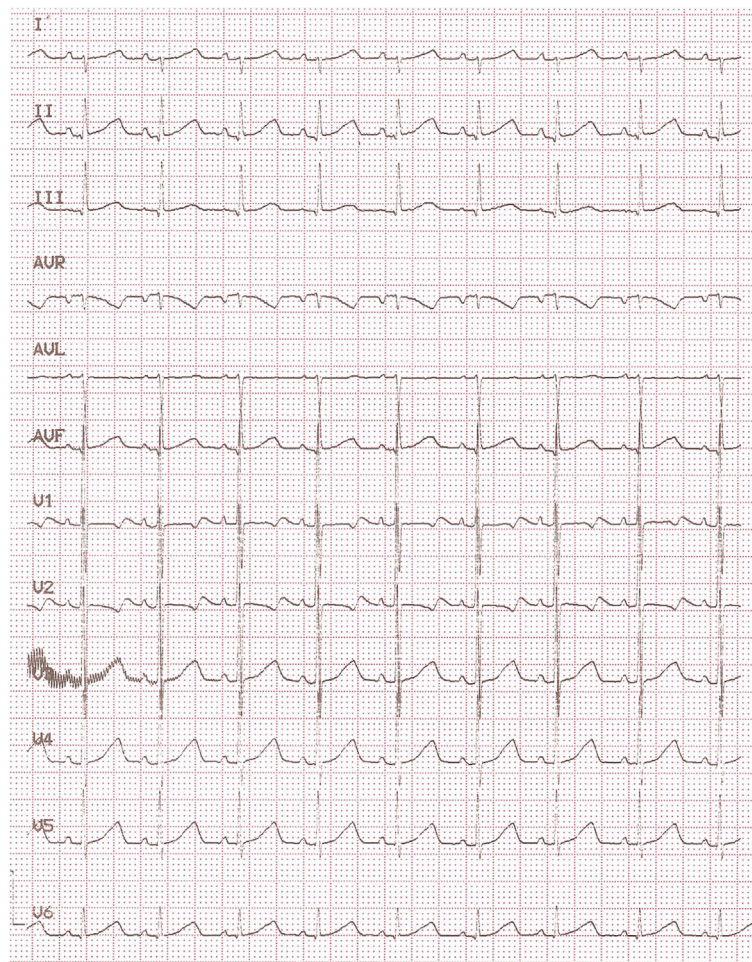


Figura 2 Electrocardiograma realizado 2 h tras la cardioversión, mostrando ritmo sinusal con intervalo PR normal.

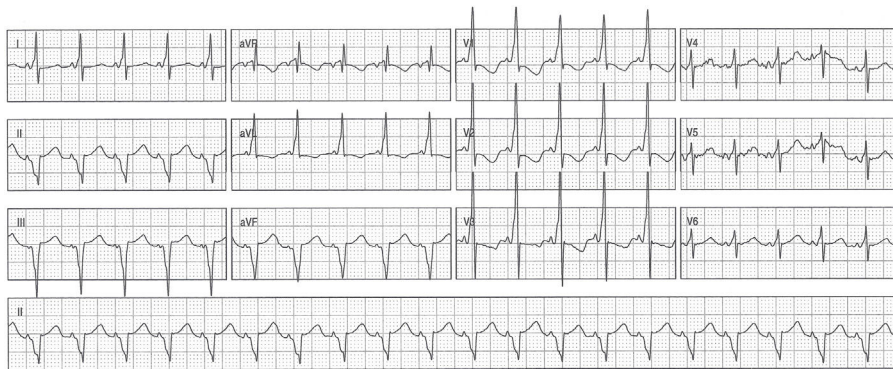


Figura 3 Electrocardiograma realizado 4 h poscardioversión. Se distingue un patrón de preexcitación con onda delta positiva en las derivaciones D-I, aVL, y en todas las precordiales, y negativa en cara inferior, sugiriendo posible vía postero-septal izquierda. Nótese el cambio de eje QRS a superior-izquierdo.

Un análisis detallado del electrocardiograma durante la taquicardia y en ritmo sinusal es esencial para poder diagnosticar la arritmia e iniciar el tratamiento oportuno.

Bibliografía

1. Padala SK, Kalahasty G, Ellenbogen KA. Wide complex tachycardia on telemetry: What is the diagnosis? *Circulation*. 2017;135:904–6.
2. Ceresnak SR, Liberman L, Avasarala K, Tanel R, Motonaga KS, Dubin AM. Are wide complex tachycardia algorithms applicable in children and patients with congenital heart disease? *J Electrocardiol*. 2010;43:694–700.
3. Vereckei A. Current algorithms for the diagnosis of wide QRS complex tachycardias. *Curr Cardiol Rev*. 2014;10:262–76.