

Taquicardia supraventricular paroxística e infección grave por virus respiratorio sincitial en el período neonatal

Paroxysmal supraventricular tachycardia and severe respiratory syncytial virus infection in the neonatal period

Sr. Editor:

Las manifestaciones extrapulmonares de la infección por VRS son frecuentes en pacientes con infección severa^{1,2}, dada la diseminación sistémica del virus.

Se han descrito en asociación con la infección, distintas formas de afectación cardíaca (arritmias³⁻⁷, taponamiento cardíaco¹, miocarditis^{1,2}, shock cardiogénico¹).

Presentamos dos casos de taquicardia supraventricular coincidentes en la epidemia estacional 2009-2010.

El primer paciente es una neonata de 11 días de vida, previamente sana, que consulta por dificultad respiratoria, mala coloración, rechazo de tomas y decaimiento. Al ingreso, presenta presión arterial de 95/65 mmHg, frecuencia cardíaca de 160 lpm, frecuencia respiratoria de 90rpm y saturación de oxígeno del 94% con FiO₂ del 30%. Score de bronquiolitis HSJD de 11. Se auscultan crepitantes e hiperventilación basal izquierda. Se traslada a nuestro centro en ventilación mecánica.

La radiografía de tórax evidencia infiltrado basal izquierdo. Se inicia antibioterapia sistémica, hasta conocer la negatividad del hemocultivo. El VRS en exudado nasal es positivo y la detección de virus H1N1 negativa. Requiere ventilación mecánica invasiva cuatro días, y CPAP cinco días más. Al sexto día del ingreso, presenta taquicardia supraventricular paroxística a 300 lpm (fig. 1), remitiendo tras una dosis de adenosina a 0,05 mg/kg. Se realiza digitalización rápida con tres dosis de digoxina a 0,03 mg/kg/día. La ecocardiografía descarta cardiopatía estructural y miocarditis. La CK es de 129 U/L (5-195) y la troponina T es de 0,001 ng/mL (0,00-0,10). Es dada de alta al undécimo día de ingreso.

El segundo paciente es una neonata de 18 días de vida, previamente sana, diagnosticada de bronquiolitis en su hos-

pital de origen, y trasladada por frecuentes accesos de tos cianosante, seguidos de apneas que requieren estimulación y oxigenoterapia.

A su ingreso presenta aceptable estado general, con buena perfusión periférica, presión arterial de 82/49 mmHg, frecuencia cardíaca a 150 lpm, frecuencia respiratoria 60rpm y saturación de oxígeno 92% con FiO₂ del 25%. Score HSJD de bronquiolitis de 9. Se conecta a CPAP nasal por aumento de la intensidad y frecuencia de las apneas y posteriormente requiere ventilación mecánica tres días. Tras la extubación, a los siete días de ingreso, presenta taquicardia supraventricular paroxística a 300 lpm cediendo con un bolo de adenosina a 0,05 mg/kg. Requiere drogas inotrópicas y reintubación por inestabilidad hemodinámica. La ecocardiografía descarta cardiopatía estructural y miocarditis. La CK es de 33 U/L (5-195) y la troponina T es de 0,005 ng/mL (0,00-0,10). Se realiza digitalización rápida profiláctica. Presenta condensación de todo el pulmón izquierdo con mínimo derrame pleural y atelectasia del lóbulo superior derecho, requiriendo modificación de la antibioterapia inicial, ventilación mecánica convencional y VAFO, durante cinco días y CPAP seis días más.

El antígeno de VRS en exudado nasal fue positivo y la detección de virus H1N1, la serología para *Bordetella* y los hemocultivos, negativos.

Es dada de alta el día treinta de la hospitalización.

En ambos casos, se suspende el tratamiento con digoxina a los seis meses de seguimiento, por no haber presentado recurrencias de la arritmia.

La bronquiolitis es la causa principal de ingreso por infección respiratoria aguda de vías bajas en los menores de dos años, siendo el agente más frecuentemente identificado el VRS⁸. En nuestro centro, las bronquiolitis VRS positivas durante la epidemia del año 2009/2010, supusieron el 67,3% de los ingresos por bronquiolitis.

El riesgo de ingreso por bronquiolitis aguda en los primeros años de vida es entre el 1 y el 3,5%, aunque varía en función a la pertenencia a distintos grupos de riesgo (prematuridad, broncodisplasia, cardiopatía congénita, inmunodeficiencias).

La bronquiolitis es un motivo frecuente de ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos en menores de

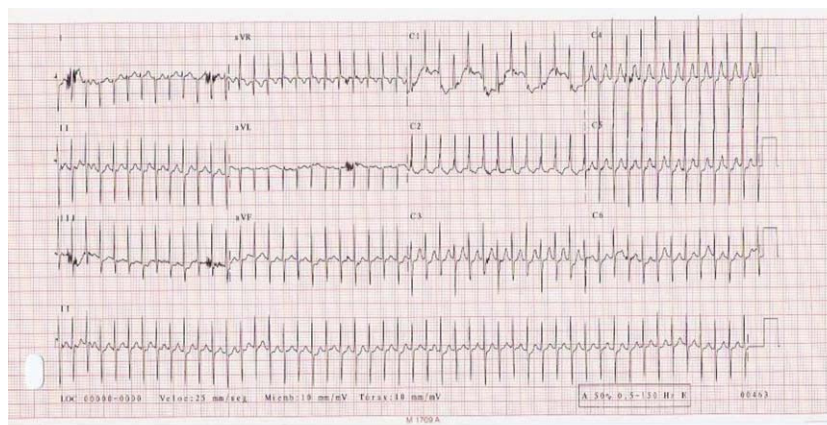


Figura 1 Episodio de taquicardia supraventricular.

un año durante la epidemia estacional, y hasta el 5-10% de estos pacientes, requerirán ingreso por insuficiencia respiratoria o complicaciones asociadas a la enfermedad⁹. En nuestra serie, el 12% del total de las bronquiolitis requirieron cuidados intensivos, suponiendo el 13,2% del total de las bronquiolitis VRS positivas.

Las arritmias cardíacas en pacientes sin anomalías cardíacas congénitas estructurales han sido descritas como complicaciones extrapulmonares en la infección por VRS¹, constituyendo en algunas series el 2,5% de las complicaciones recogidas. En nuestra casuística las arritmias supusieron el 2,9% de las complicaciones por VRS.

Se ha descrito en la bibliografía asociación entre taquicardia supraventricular, taquicardia ventricular y bloqueo auriculoventricular completo, a menudo en un patrón caótico pudiendo ser arritmias muy resistentes al tratamiento^{3-7,10}.

Es necesario que los médicos que asisten a estos pacientes, conozcan esta rara posibilidad de asociación entre infección por VRS y arritmias, para actuar de forma eficaz ante la presentación de las complicaciones cardíacas.

Bibliografía

1. Eisenhut. Extrapulmonary manifestations of severe respiratory syncytial virus infection—a systematic review. *Crit Care*. 2006; 10:R107.
2. Willson DF, Landrigan CP, Horn SD, Smout RJ. Complications in infants hospitalized for bronchiolitis or respiratory syncytial virus pneumonia. *J Pediatr*. 2003;143:5142–149.
3. Donnerstein RL, Berg RA, Shehab Z, Ovadia M. Complex atrial tachycardias and respiratory syncytial virus infections in infants. *J Pediatr*. 1994;125:23–8.
4. Armstrong DS, Menahem S. Cardiac arrhythmias as a manifestation of acquired heart disease in association with paediatric respiratory syncytial virus infection. *J Paediatr Child Health*. 1993;29:309–11.
5. Menahem S. Respiratory syncytial virus and supraventricular tachycardia in an infant. *Int J Cardiol*. 1991;32:249–51.
6. Olesch CA, Bullock AM. Bradyarrhythmia and supraventricular tachycardia in a neonate with RSV. *J Paediatr Child Health*. 1998;34:199–201.
7. Gouin S, Ali S. A patient with chaotic atrial tachycardia. *Ped Emerg Care*. 2003;19:95–8.
8. Ochoa Sangrador C, González de Dios J. Conferencia de consenso sobre bronquiolitis aguda (II): epidemiología de la bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia científica. *An Pediatr (Barc)*. 2010 Mar;72(3):222.e1–26.
9. López Guinea A, Casado Flores J, Martín Sobrino MA, Espínola Docio B, de la Calle Cabrera T, Serrano A. Bronquiolitis grave. Epidemiología y evolución de 284 pacientes. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:116–22.
10. Thomas JA, Raroque S, Scott WA, Toro-Figueroa LO, Levin DL. Successful treatment of severe dysrhythmias in infants with respiratory syncytial virus infections: Two cases and a literature review. *Crit Care Med*. 1997;25:880–6.

A.I. Garrido Ocaña^{a,*}, D. Mora Navarro^a,
E. García Soblechero^a, C. González Fuentes^a y
M.L. Domínguez Quintero^b

^a Sección de Neonatología, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España
^b Sección de Cardiología Infantil, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: anabel.garrido@gmail.com
(A.I. Garrido Ocaña).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.10.013

Quiste de vallécula como causa infrecuente de episodio aparentemente letal

Vallecular cyst as an uncommon cause of a potentially lethal event

Sr. Editor:

Los episodios aparentemente letales (ALTE) son definidos como «aquellos episodios bruscos y alarmantes para el observador, consistentes en alguna combinación de apnea, cambios en el color o en el tono, atragantamiento y/o sofocación»¹. Requieren de estimulación vigorosa o medidas de resucitación cardiopulmonar para reiniciar la respiración normal del paciente, excluyéndose los casos evidentes de atragantamiento^{2,4}. Se presentan en menores de un año, con un pico de mayor incidencia entre la primera semana y los 2 meses de vida. Su incidencia exacta es desconocida, dadas las connotaciones subjetivas de su definición, aunque se estima que oscila entre el 0,6 y el 0,8% de todas las consultas a urgencias en menores de 1 año alrededor de

0,6% por cada 1.000 recién nacidos vivos³. Aunque en un 30-50% de casos son catalogados como idiopáticos, es aconsejable realizar un estudio detallado en los ALTE de riesgo mayor para descartar la existencia de una posible patología subyacente, siendo la anamnesis y la exploración física las que orienten inicialmente la actitud a seguir. Son múltiples los protocolos de actuación existentes que incluyen las pruebas complementarias a realizar en cada momento⁵. Los diagnósticos que con mayor frecuencia se encuentran son la enfermedad por reflujo gastroesofágico, las infecciones respiratorias y las convulsiones³⁻⁶. Se debe considerar también la existencia de otros procesos que, aunque infrecuentes, en ocasiones van a explicar episodios sin causa aparente en la evaluación inicial.

Presentamos el caso clínico de un lactante varón de 3 meses de edad que acude a nuestro servicio de urgencias por presentar episodio de apnea, hipotonía, cianosis peribucal y ausencia de respuesta a estímulos de unos 10 min de duración con recuperación espontánea. Entre sus antecedentes personales: recién nacido 36 semanas de gestación con estridor inspiratorio desde el nacimiento, catalogado de probable laringomalacia, con aumento progresivo en las últimas dos semanas. En la exploración física: aceptable estado