

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Flutter auricular y aneurisma del tabique interauricular.

Atrial flutter and interatrial septum aneurysm.

Lázaro Hernández Mayoz (1), María Ofelia Guerra Pina (1), Nelson Omares Martines (1), William García Sotolongo (2), Mayelin Baro Rojas (3), Karel Arnaiz Sori (3).

RESUMEN

Se describe el caso de un recién nacido con flutter auricular asociado a aneurisma del tabique interatrial que se presenta con deterioro hemodinámico y recidiva después de la cardioversión eléctrica sincrónica. Se analiza además su manejo farmacológico

Palabras clave: FLUTTER AURICULAR, ANEURISMA DEL TABIQUE INTERAURICULAR, RECIEN NACIDO

1. Especialista de Primer grado en Cardiología. Profesor Instructor
2. Licenciado en enfermería
3. Residente de Cardiología.

INTRODUCCIÓN

El flutter auricular (FLA) representa cerca del 3% de las arritmias cardíacas en los recién nacidos (1). Hay trabajos que plantean que es poco común en neonatos sin enfermedad congénita del corazón o cirugía cardíaca (1), mientras que en otros no se muestra asociación con enfermedad estructural o con catéter venoso central(2,3). Se ha visto que el tratamiento agudo con cardioversión eléctrica sincrónica (CES) es suficiente en la mayoría de los pacientes y que raramente se requiere tratamiento crónico con antiarrítmicos(3).

El aneurisma del tabique interauricular (ATIA) se define como una dilatación del septum de 5mm más allá del plano atrial del tabique interauricular, asociado tejido redundante y movimiento anormal(4). Se ha correlacionado como causa predisponente de arritmias(5), mientras que otros trabajos no han demostrado una significativa relación entre ATIA y el comienzo y recurrencia de arritmias atriales(4).

En este trabajo se presenta un caso de un recién nacido con FLA asociado a un ATIA

PRESENTACION DEL CASO

Se trata de un paciente varón de 36 horas de edad nacido por cesárea, Apgar 9/9 y peso de 3700g, que fue remitido a nuestro centro con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, para lo cual le administraron digoxina a 30mcg Kg día y diuréticos.

Se recibe al neonato con dificultad respiratoria, frecuencia respiratoria de 72 por minuto y cardíaca de 250 latidos por minuto, no soplo orgánico, pulsos periféricos presentes, tensión arterial sistólica de 70mm de Hg. El telecardiograma y los exámenes de laboratorio estaban dentro de límites normales. El electrocardiograma mostraba un FLA común con respuesta ventricular de 250 latidos por minuto (figura 1,2). El ecocardiograma solamente demostró un ATIA con una dilatación de 6 mm más allá del plano atrial (figura3). Se realiza CES con 6 j y

se restaura el ritmo sinusal. A los pocos minutos la arritmia recidiva. Se administra amiodarona a 5 mg Kg en bolo endovenoso a durar una hora. Continuamos con una infusión continua a 25mcg Kg día durante 4 horas y de mantenimiento una infusión de 10 mcg Kg día. Al día siguiente el neonato presenta un cuadro de bajo gasto cardiaco severo y se realiza CES de urgencia, se aplican 6 j, persiste el FLA y se repite con 10 j, lográndose interrumpir la arritmia. Se logra estabilizar la hemodinamia paulatinamente. Se indica tratamiento con amiodarona por vía oral a una dosis de 10mg Kg. día por 3 día, 5mg Kg. día por 7 días y después 2,5mg Kg. día por 6 meses. Actualmente el paciente tiene un año y no ha tenido recidivas de la arritmia.

DISCUSION

En este caso se comenzó con la CES que es el método más efectivo para restablecer el ritmo sinusal (2,3). Al recidivar la arritmia se comienza con la administración de amiodarona. Con respecto a la digoxina hay dudas sobre su efectividad y es utilizada para favorecer el bloqueo auriculoventricular (AV) en combinación con otros agentes (6). No obstante hay trabajos que mencionan su uso para esta situación (3). En nuestro paciente no fue útil. Se publicó un caso (7) en el que un recién nacido con FLA no respondió a la digitalización ni a la CES y si lo hizo a la flecainida endovenoso sin presentar efectos adversos. Sin embargo la flecainida disminuye la frecuencia del flutter en la aurícula sin que de forma simultánea bloquee el nodo AV y esto puede ocasionar un aumento brusco de la frecuencia cardiaca lo que pudiera ser fatal(7). Lo que hace más segura a la amiodarona que a la flecainida endovenosa es que simultáneamente enlentece la conducción del nodo AV, así como enlentece y eventualmente interrumpe el circuito del flutter (7). Al día siguiente el paciente tuvo un empeoramiento de su estado hemodinámico debido la frecuencia cardiaca que se mantenía alrededor de 250 latidos por minuto y quizás pudo contribuir el efecto hipotensor encontrado con el uso de la amiodarona endovenosa, aunque se ha descrito con dosis superiores a la usada(8). Otros autores opinan que el efecto hipotensor es ligero (9). Es muy probable que la segunda CES haya sido eficaz por el efecto de la amiodarona usada previamente.

Lo atípico de este caso en el que fue difícil revertir y mantener el ritmo sinusal lo relacionamos con la presencia del ATIA, factor predisponente de arritmias supraventriculares (4).

CONCLUSIONES

1. El tratamiento de elección para el flutter auricular en el recién nacido es la cardioversión eléctrica.
2. El aneurisma del tabique interauricular puede asociarse con taquiaritmias supraventriculares.
3. La cardioversión eléctrica, en ausencia de intoxicación digitálica, es un método seguro y eficaz en el tratamiento de las taquiaritmias en la edad pediátrica.

ABSTRACT

A case of a newborn with atrial flutter associated to aneurysm of the interatrial septum which presented with hemodynamic deterioration and relapses after electric synchronic cardioversion. The pharmacological management is also analyzed.

BIBLIOGRAFIA

1. S Sivakumar. Atrial flutter in preterm babies. Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition 2004; 89:564-566.
2. Karen M Texter, Naomi J Kertesz, Richard Friedman. Atrial Flutter in Infants. J Am Coll Cardiol 2006 ;48:1040-1046.
3. Ann Dumigan, D Woodrow Benson, David G Beneditt Atrial Flutter in Infancy: Diagnosis ,Clinical Features and Treatment .PEDIATRICS 1985;75(4):725-729.

4. Miga Daniel, Caqse Christopher, Gillete Paul. Interatrial septal aneurysm and atrial arrhythmias in infants. American Heart Journal 1996;132(4):776-778.
5. Sancho Pellicera, Labrador Fuster J. Aneurismas del tabique interauricular. Presentación de tres casos. Rev Esp Cardiol 2000; 50:1129-1131.
6. D S Kothari, J R Kinner. Neonatal tachycardias: an update. Archives of Disease in Childhood ,Fetal and neonatal Edition 2006;91:136-144.
7. H Suzumora , A Nitta, M Ono, O Arisaka .Atrial Flutter Successfully Treated with Intravenous Flecainide. Pediatric Cardiology 2004;25(2):154-156.
8. J Philip Saul, William Ascott, Stephen Brow, Pablo Marantz, Valeria Acevedo, Susan Etherige et al. Intravenous amiodarona for Incessant Tachyarrhythmias in Children .Circulation 2005 ; 112:3470-3477.
9. J C Perry, Fenrich, J E Hulse, J Triedman, R A Friedman. Pediatric use of intravenous amiodarona: efficacy and safety in critically ill patients from a multicenter protocol. J Am Coll Cardiol 1996;27:1246-1250.

FIG. 1 Flutter auricular con respuesta ventricular rápida. EKG de 12 derivaciones.

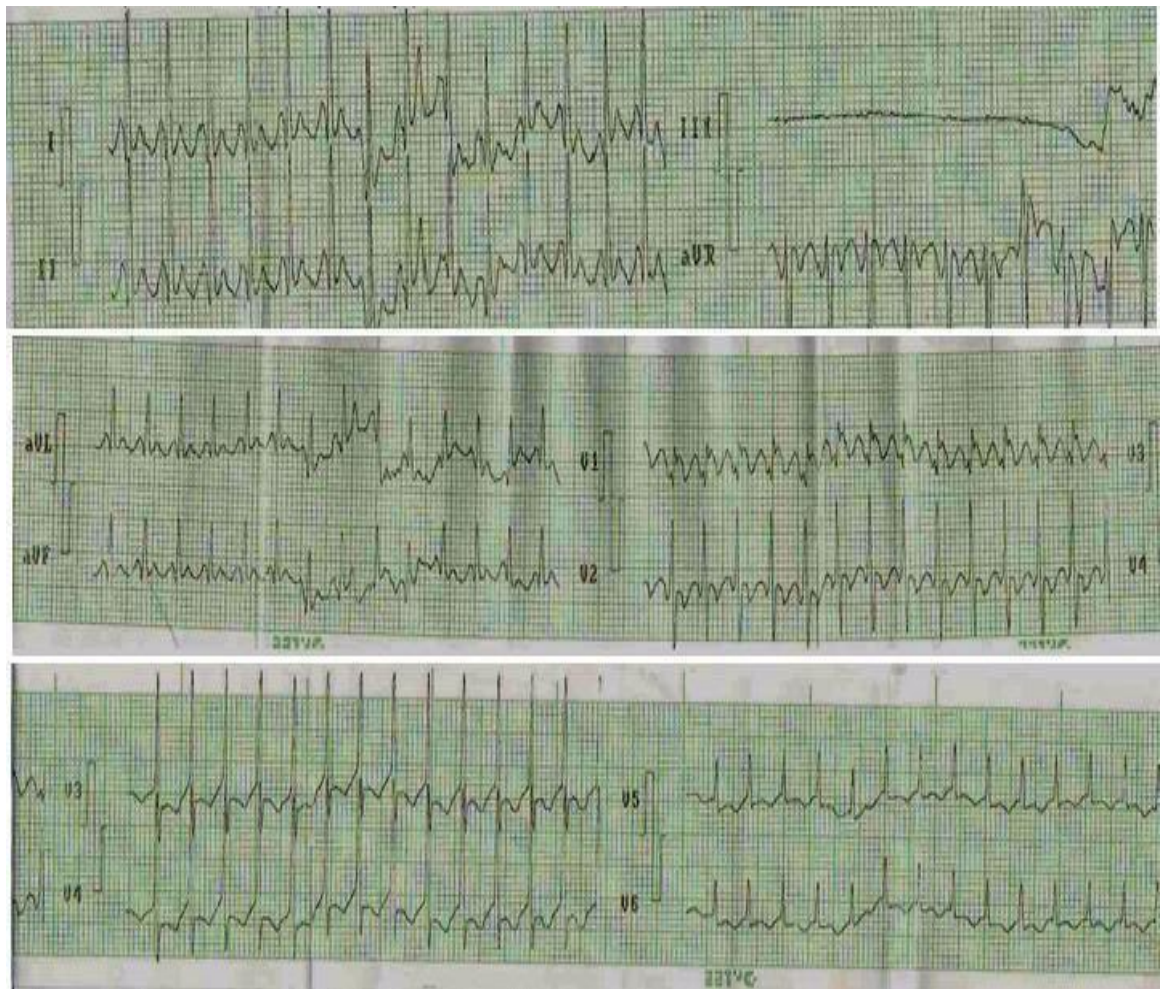


Fig 2. Flutter auricular. D2 largo.

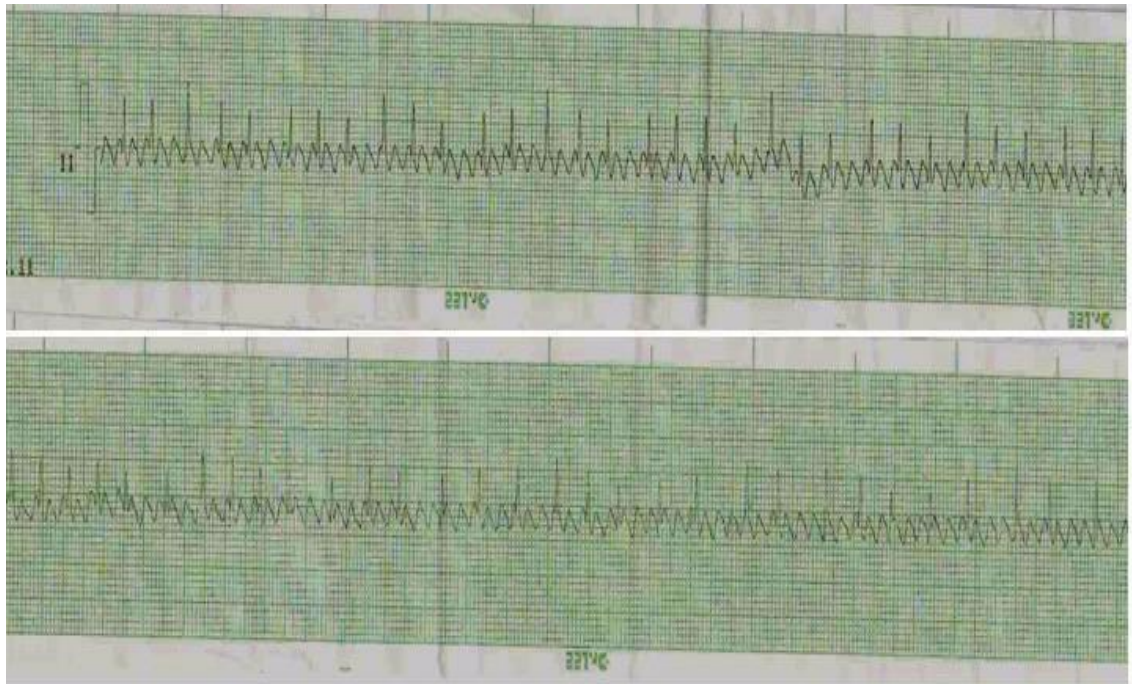


FIG. 3 Ecocardiograma. Aneurisma del TIA. Eje largo paraesternal izquierdo y 4 cámaras apical.



P
D: ■

04/04/2006
CARDIAC 21:23:19

C60-6.0



5 / 32
12.0cm