

Nosotros pensamos que la excesiva finura y sensibilidad de la dermis de los niños prematuros, la presencia de edemas y una excesiva presión del sensor, podrían explicar las lesiones referidas.

Como resumen de nuestra propia experiencia y la recogida en la literatura, insistimos en la importancia de una estrecha vigilancia, incluso con el uso de técnicas aparentemente tan inocuas como la pulsioximetría, que tan eficazmente contribuye en el manejo de estos niños.

Bibliografía

1 Carbajal R: L'oxymétrie de pouls en pédiatrie. *Arch Pédiatr* 1996; **3**:1129-1135.

- 2 Moyle JTB: Uses and abuses of pulse oximetry. *Arch Dis child* 1996; **74**:77-80.
- 3 Miyasaka K, Ohata J: Burn, erosion, and "sun" tan with the use of pulse oximetry in infants. *Anesthesiology* 1987; **67**:1009-1012.
- 4 Sobel DB: Burning of a neonate due to a pulse oximeter: arterial saturation monitoring. *Pediatrics* 1992; **89**:154-155.
- 5 Sloan TB: Finger injury by an oxygen saturation monitor probe. *Anesthesiology* 1988; **68**:936-938.
- 6 Bashein G, Syrový G: Burn associated with pulse oximetry during magnetic resonance imaging. *Anesthesiology* 1991; **75**:382-383.
- 7 Farber EN, McNeely J, Rosner D: Skin burn associated with pulse oximetry during perioperative photodynamic therapy. *Anesthesiology* 1996; **84**:983-985.

X. Bringué Espuny, E. Solé Mir, S. Prado Muñoz, J. Vidal Bota, M. Vega Romero, P. Martínez Ubieto

An Esp Pediatr 1998;49:644-645.

Sr. Director:

El lupus eritematoso neonatal (LEN) fue descrito inicialmente por McCuiston y Schoch en 1954⁽¹⁾, desde entonces han aparecido numerosas comunicaciones de pacientes afectados. Clínicamente presenta en la mayor parte de casos asociación de lupus discoide cutáneo y bloqueo cardíaco congénito^(2,3). En la literatura no se describen otro tipo de arritmias secundarias a la cardiopatía lúpica en el recién nacido.

Aportamos el caso de un paciente que presentó repetidas salvas de extrasístoles ventriculares, junto con anticuerpos anti-Ro (+) y que creemos puede corresponder a una forma atípica de afectación cardíaca en el LEN.

Se trata de un recién nacido, mujer, de 8 horas de vida. Hija de padres jóvenes, sin patología conocida ni consanguinidad. Fruto de tercera gestación, bien controlada, de 38 semanas de duración y curso sin incidencias. El parto fue espontáneo, eutócico, líquido amniótico normal. Apgar 9-10. Durante el expul-

Extrasístoles ventriculares como forma de presentación de lupus neonatal

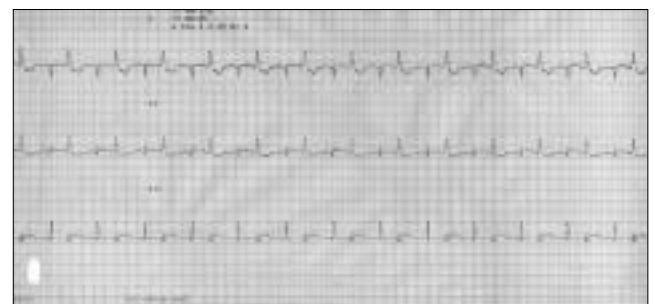


Figura 1. ECG: Extrasístoles ventriculares en salvas de bigeminismo.

sivo se detectó ritmo cardíaco anómalo.

Exploración física: P: 3.070 g, T: 48,5 cm, PC: 33 cm. Se aprecia arritmia completa con frecuencia cardíaca de 150 latidos por minuto, sin soplos ni repercusión hemodinámica. El resto de la exploración física resultó normal.

El estudio realizado: radiografía de tórax, hemograma, gasonometría, bioquímica, hemostasia, serología TORCH + lúes y ecografía cerebral resultaron normales.

En el ECG se aprecian extrasístoles ventriculares múltiples,

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Servicio de Pediatría. Lleida.
Correspondencia: Xavier Bringué Espuny. Servicio de Pediatría.
Hospital Universitari Arnau de Vilanova.
Avinguda Alcalde Rovira Roure, nº 80. 25198 Lleida

en brotes y con salvas de bigeminismo, siendo el trazado de base normal. (Fig. 1)

La paciente no presentó sintomatología atribuible a la arritmia. A partir del 4º día de vida mostró tendencia a la disminución progresiva de las salvas de extrasístoles, desapareciendo totalmente a partir del 6º día. El 3º día, se aprecia soplo sistólico, poniéndose de manifiesto en el estudio ecocardiográfico la existencia de una CIV muscular apical mínima.

De manera casual se aprecia eritema malar bilateral en la madre, por lo que se realiza serología lúpica que resulta (+), encontrándose anticuerpos Anti-Ro, tanto en la madre, como en la hija.

En el seguimiento realizado presenta un desarrollo normal, sin que hayan vuelto a detectarse extrasístoles. En el control analítico realizado a los 3 meses de vida se apreció la negativización de la serología lúpica.

El LEN se ha descrito como un síndrome de autoinmunidad adquirida de manera pasiva⁽⁴⁾, es un síndrome poco frecuente y polimorfo, que sigue provocando la aparición continua de artículos, que cada vez permiten su mejor caracterización. Aunque las manifestaciones clínicas clásicas: la asociación en distinto grado de lesiones cutáneas tipo lupus discoide con bloqueo cardíaco, siguen siendo las más frecuentes, otras manifestaciones, como las telangiectasias cutáneas, miocarditis, insuficiencia cardíaca, afectación multiorgánica, etc⁽⁵⁻⁸⁾, aparecen en la literatura.

La afectación cardíaca que en principio parecía limitarse al bloqueo auriculoventricular, muestra cada vez una mayor variabilidad, con descripción de otros cuadros que irían desde cambios subclínicos en la conducción del impulso cardíaco a miocarditis, o bloqueo auriculoventricular completo, requiriendo la implantación de un marcapasos^(9,10). Se han descrito bloqueos detectados en el niño mayor⁽¹¹⁾ y otros en los que el bloqueo ha presentado progresión postnatal⁽¹²⁾. Así mismo, se ha constatado la curación de un bloqueo auriculoventricular completo en el feto mediante la administración de corticoides a la madre⁽¹³⁾.

Existe un acuerdo generalizado sobre considerar responsables de las lesiones del sistema de conducción eléctrica del corazón a los anticuerpos anti-Ro y anti-La transmitidos por la madre. Recientemente se han desarrollado modelos animales que parecen confirmar este hecho, en ellos se han inducido trastornos de la conducción y alteraciones de la repolarización al exponerlos a anticuerpos anti-Ro y anti-La. Se ha sugerido como causa la lesión de los canales de calcio.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Las causas más habituales de extrasístoles ventriculares en el recién nacido son trastornos iónicos, hipotermia y las secundarias a inotrópicos. En el caso que aportamos se descartaron todas ellas. Es posible la existencia de extrasístoles ventriculares idiopáticas, sin embargo, estas se presentan de manera aislada y son transitorias. Aunque algunas cardiopatías estructurales pueden causar la aparición de extrasístoles, nos parece poco probable que la existencia de una CIV apical mínima pueda considerarse la responsable de la arritmia que presentaba la paciente.

Somos conscientes de que podría tratarse de una asociación casual, sin embargo, el hecho de que se haya demostrado que los anticuerpos anti-Ro o anti-La en el corazón del recién nacido pueden producir alteraciones eléctricas, y el hecho de que la paciente presentara una arritmia llamativa y prolongada sin causa evidente, permiten especular sobre la posibilidad de que puedan existir otros tipos de arritmia en el LEN distintos al bloqueo.

Bibliografía

- 1 Mc Couston CH, Schoch, EP: Possible discoid Lupus Erythematosus in newborn infant. *Arch Dermatol Syphilol* 1954; **70**:781-785.
- 2 Cortés Daza L, Romero García J, Roldán Mateos A, García del Río M, Martínez Valverde A: Lupus Eritematoso Neonatal: dermatitis, bloqueo A-V y anticuerpos SSA/Ro; *An Esp Pediatr* 1992; **37**:151-152.
- 3 Solé E. Lupus pediátrico y neonatal. En: Lupus eritematoso sistémico. Porcel JM. Edicions de la Universitat de Lleida. Lleida 1995: 175-186.
- 4 Buyon JP: Neonatal lupus and congenital complete heart block: manifestations of passively acquired autoimmunity. *Clin Exp Rheumatol* 1989; **2**:463-469.
- 5 Lee L, Weston W: New Findings in Neonatal Lupus Syndrome; *Am J Dis Child* 1984; **138**:233-236.
- 6 Thornton CM, Eichenfield LF, Shinall EA, Siegfried E, Rabinowitz LG, Esterly NB, et al: Cutaneous telangiectases in neonatal lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol* 1995; **33**:19-25.
- 7 Fonseca E, Contreras F, García-Frías E, Carrascosa MC: Neonatal lupus erythematosus with multisystem organ involvement preceding cutaneous lesions. *Lupus* 1991; **1**:49-50.
- 8 Petri M: Clinical features of systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol* 1994; **6**:481-486.
- 9 Bharati S, Swerdlow MA, Vitullo D, Chiemmongkoltip P, Lev M: Neonatal lupus with congenital atrioventricular block and myocarditis. *Pacing Clin Electrophysiol* 1987; **10**:1058-1070.
- 10 Globe MM, Dick M, McCune WJ, Ellsworth J, Sullivan DB, Stern AM: Atrioventricular conduction in children of women with systemic lupus erythematosus. *Am J Cardiol* 1993; **71**:94-98.
- 11 McCarron DP, Hellmann DB, Traill TA, Watson RM: Neonatal lupus erythematosus syndrome: late detection of isolated heart block. *J Rheumatol* 1993; **20**:1212-1214.
- 12 Geggel RL, Tucker L, Szer I: Postnatal progression from second to third-degree heart block in neonatal lupus syndrome. *J Pediatr* 1988; **113**:1049-1052.
- 13 Ishimaru S, Izaki S, Kitamura K, Morita Y: Neonatal lupus erythematosus: dissolution of atrioventricular block after administration of corticosteroid to the pregnant mother. *Dermatology* 1994; **189**:92-94.
- 14 García S, Nascimento JH, Bonfa E, Levy R, Oliveira SF, Tavares AV, Carvalho AC: Cellular mechanism of the conduction abnormalities induced by serum from anti Ro/SSA-positive patients in rabbit hearts. *J Clin Invest* 1994; **93**:718-724.
- 15 Buyon JP: Neonatal lupus syndromes. *Curr Opin Rheumatol* 1994; **6**:523-529.
- 16 Alexander EL, Buyon JP, Lane J, Lafond-Walker A, Provost TT, Guarnieri T: Anti-SSA/Ro SSB/La antibodies bind to neonatal rabbit cardiac cells and preferentially inhibit in vitro cardiac repolarization. *J Autoimmun* 1989; **2**:463-469.