

Caso Clínico

Fibrilación auricular en un niño con corazón sano

C. OCHOA SANGRADOR*, M.T. RIVAS LÓPEZ**, M.V. BARAJAS SÁNCHEZ**

*Servicio de Pediatría. ** MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) se produce por una excitación auricular caótica y rápida (300-500 latidos por minuto) que origina una respuesta irregular del ventrículo y del pulso. Aunque es frecuente en los adultos, en la infancia es una entidad clínica rara. En la edad pediátrica se presenta, fundamentalmente, en niños con defectos cardíacos complejos, con regurgitación valvular auriculoventricular avanzada, síndromes de preexcitación, como el Wolf-Parkinson-White (WPW), o en el síndrome del seno enfermo. Puede aparecer excepcionalmente en el período neonatal y cuando aparece en niños mayores debe sospecharse la existencia de hipertiroidismo, embolia pulmonar, pericarditis, miocarditis o miocardiopatía^(1,2). También se han descrito algunos casos de una rara forma de FA familiar con herencia autosómica dominante⁽³⁾.

Presentamos el caso aislado de un niño que presentó una FA resuelta espontáneamente, en el que no se encontraron anomalías cardíacas ni otras enfermedades predisponentes.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 12 años de edad, sin antecedentes personales de cardiopatía que ingresa por un cuadro de fiebre alta, odinofagia y cefalea de cinco días de evolución. Había sido tratado con penicilina-benzatina y paracetamol durante cuatro días, con dosis no precisadas, no cediendo la sintomatología.

En la exploración física se observó: afectación media del estado general, palidez cutaneomucosa, hábito asténico, faringe eritematosa, adenopatías submandibulares y pulso débil. La auscultación cardíaca reflejó arritmia caracterizada por taquicardia intermitente, con pausas breves de ritmo lento. No se auscultaron soplos y la auscultación pulmonar era normal. Presentaba dolor discreto generalizado a la palpación abdominal, sin masas ni visceromegalias. La exploración neurológica y del aparato locomotor era normal.

El electrocardiograma (ECG) al ingreso (Fig. 1) mostraba: una alteración irregular de la línea isoeletrica, de pequeña amplitud, que no permitía identificar ondas p, con respuesta ventricular de frecuencia variable a una media de 100 por minuto y extrasístoles ventriculares.

Se realizó un hemograma en el que se encontraron 6.000 leucocitos/mm³ con un 7% de cayados (neutrófilos: 38%,



Figura 1. Electrocardiograma al ingreso del paciente. Fibrilación auricular: alteración irregular de la línea isoeletrica, de pequeña amplitud, que no permite identificar ondas p, con respuesta ventricular de frecuencia variable y extrasístoles ventriculares.

Correspondencia: C. Ochoa. Unidad de Investigación. Hospital Virgen de la Concha. Avd. Requejo 35. 49029- Zamora.
Recibido: Septiembre 1999 Aceptado: Octubre 1999

linfocitos: 47%, monocitos: 11%, cayados: 7%). La velocidad de sedimentación globular era 60 (1ª hora) y la proteína C reactiva 33 mg/L. La radiografía de tórax mostraba un discreto aumento del arco inferior izquierdo en la silueta cardíaca, sin otros hallazgos patológicos de interés.

Al ingreso se instauró acceso venoso periférico, no precisando tratamiento antiarrítmico por ceder la taquicardia a los pocos minutos. Se realizaron sucesivos controles ECG que fueron normales y una ecocardiografía que fue normal. El paciente recibió antibioterapia empírica (cefotaxima) hasta la recepción de cultivos negativos. Se estableció el diagnóstico de FA paroxística en niño con corazón sano. No precisó tratamiento al alta encontrándose asintomático en controles posteriores.

DISCUSIÓN

Consideramos que nuestro paciente presentó una FA paroxística probablemente relacionada con el cuadro febril, que en principio carece de significado patológico. El interés del caso radica en lo excepcional que resulta encontrar una FA paroxística en un niño con corazón sano. Otras situaciones predisponentes de FA que deben sospecharse en esta situación, pueden descartarse por la historia y evolución del paciente. Tampoco existen antecedentes familiares de FA que hagan pensar en una forma familiar.

La FA puede resultar de una estimulación vagal, porque los cambios en el periodo refractario auricular no son distribuidos uniformemente a través de la aurícula. De este modo, en un mismo paciente, la FA idiopática puede resultar de una estimulación vagal intensa al mismo tiempo que de un síncope vaso-vagal⁽⁴⁾.

Los pacientes con FA suelen tener palpitaciones, siendo raro el síncope en ausencia de síndrome de WPW. Si existe afectación de la función ventricular pueden presentar debilidad o insuficiencia cardíaca congestiva. En nuestro caso la sintomatología no era evidente por quedar supeditada a la de su cuadro febril. El electrocardiograma de nuestro paciente presentaba hallazgos característicos de la FA,

pero como no tenía compromiso de la función ventricular y evolucionó espontáneamente hacia su resolución no requirió tratamiento.

El tratamiento inicial de la FA va orientado a la reducción de la frecuencia ventricular, habitualmente mediante digitalización, aunque la FA persista. En los casos de WPW no debe administrarse digoxina, recomendándose para la recuperación del ritmo sinusal la administración de sustancias, como quinidina o procainamida. Cuando la FA se mantiene, la cardioversión farmacológica (con quinidina o procainamida) tiene escaso éxito, por lo que se utiliza la cardioversión eléctrica en la mayoría de los pacientes. Una técnica segura, eficaz y mínimamente invasiva de tratamiento de la FA es la utilización de la estimulación auricular transesofágica. Se considera de elección en los pacientes con flutter auricular con sintomatología moderada⁽⁵⁾.

Podemos concluir diciendo que la FA en niños con corazón previamente sano es una entidad rara, cuyo diagnóstico se basa en la identificación de los hallazgos electrocardiográficos. La trascendencia de este trastorno dependerá de que existan o no enfermedades de base predisponentes, de su persistencia y de que haya o no afectación de la función ventricular. Todos estos factores tendrán que ser considerados en cada paciente a la hora de valorar la indicación y el tipo de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez PA. Fibrilación Auricular. *Cardiología Pediátrica* 1986; Tomo II: 1039.
2. Keith JD, Rowe RD, Vlad P. *Heart Disease in Infancy and Childhood*. Mc Millan, New York 1976: 1056.
3. Girona J, Domingo A, Albert D, Casaldáliga J, Mont L, Brugada J, et al. Fibrilación auricular familiar. *Rev Esp Cardiol* 1997; **50**: 548-551.
4. Neurally mediated syncope and atrial fibrillation. *N Eng J Med* 1991; **324**: 495-496.
5. Rhodes LA, Walsh EP, Saul JP. Conversion of atrial flutter in pediatric patients by transesophageal atrial pacing: a safe, effective, minimally invasive procedure. *Am Heart J* 1994; **130**: 323-326.