



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/942 - LA FIBRILACIÓN AURICULAR. ¿TAMBIÉN ES COSA DE NIÑOS?

E. Bengochea Botín^a, P. Bengochea Botín^b, M.R. Grande Grande^c, Á. Peña Irún^a, S. Pardo del Olmo Saiz^d, V. Santos Urrutia^e, M.Á. Ruíz Guerra^f, A. Fernández Bereciartua^g, D. Mariño Cifuentes^g y M. García Mata^h

^aMédico de Familia ; ^bEnfermero. Centro de Salud Santoña. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Coto I. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Rubayo. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Linarejos. Jaén. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Alto Campoo. Cantabria. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Niño de 14 años con palpitaciones en las últimas 2-3 horas estando en reposo (viendo la TV) sin dolor, mareo ni síncope. No historia previa de síncope, dolor torácico ni arritmias. Deportista, Niega ingesta de tóxicos ni bebidas energéticas. Afebril, no clínica infecciosa en la actualidad ni en días previos. No historia de hipertiroidismo. Dos hermanos de 11 y 8 años sanos, no antecedentes familiares de cardiopatía ni muerte súbita.

Exploración y pruebas complementarias: Peso 40 kg. Bien perfundido. Pulsos presentes y simétricos FC 120 lpm, FR 26 rpm TA 117/71 No soplos en la auscultación, arritmico. Resto normal. ECG taquiarritmia auricular compatible con fibrilación auricular a 98 lpm. Analítica PCR < 0,02 mg/dl CPK 115 U/l CK-MB 1,3 ng/ml, resto normal incluyendo hormonas tiroideas. Rx tórax normal. Se intentó cardioversión sin éxito, realizándose posteriormente cardioversión eléctrica bajo sedación con choque de 100 julios bifásico que revierte a ritmo sinusal. Ecocardiograma transesofágico que descarta anomalías estructurales. Buena evolución, dándose el alta con flecainida 75 mg/día y acenocumarol 3 semanas, retirándose posteriormente. Actualmente vida normal y sin tratamiento.

Juicio clínico: Fibrilación auricular vagal.

Diagnóstico diferencial: En la infancia es necesario descartar la presencia de defectos cardiacos y hacer el diagnóstico diferencial con síndromes de preexcitación como el Wolf-Parkinson-White y aunque muy infrecuente existe una forma familiar que se hereda de manera autosómica dominante. En niños mayores debe descartarse la presencia de hipertiroidismo, embolia pulmonar, pericarditis, miocarditis o miocardiopatía.

Comentario final: La fibrilación auricular en la infancia es poco frecuente, más cuando tiene un corazón sano, pero ante la presencia de palpitaciones o mareo, es un proceso en el que debemos pensar. La historia clínica y sus antecedentes familiares son importantes a la hora de descartar factores predisponentes de una FA paroxística, pero como en este caso, puede también resultar de una estimulación vagal intensa. La cardioversión eléctrica parece ser más eficaz que la farmacológica en estos casos, pero su manejo posterior es controvertido.

Bibliografía

1. Ochoa Sangrador C, Rivas López MT, Barajas Sánchez MV. Fibrilación auricular en un niño con corazón sano. Bol Pediatr. 1999;39:260-1.
2. Sánchez PA. Fibrilación Auricular. Cardiología Pediátrica, 1986:1039.

Palabras clave: Niño. Fibrilación auricular.