



Caso clínico. Cardiología

Flúter auricular *de novo* en Pediatría: un caso complejo con miocardiopatía asociada

Alba M.^a Guirado Rodríguez, Alejandra Rodríguez Torres, Nerea Desirée Moya Quesada, Raquel Sánchez Jiménez, Ángeles Ortega Montes

Hospital Materno Infantil Princesa Leonor. Almería. España.

Publicado en Internet:
26-mayo-2025

Alba M.^a Guirado Rodríguez:
albaguirado@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El flúter auricular es una arritmia producida por un circuito de reentrada en la aurícula derecha. En el electrocardiograma (ECG) destacan ondas F, en dientes de sierra, siendo frecuente la conducción AV 2:1. El síntoma más frecuente en niños mayores son las palpitaciones. Si el paciente está estable, se aplican maniobras vagales o adenosina para desmascararlo. Si presenta inestabilidad o no responde, se realiza cardioversión. La ecocardiografía es obligada. La respuesta a antiarrítmicos es escasa, pero la cardioversión eléctrica es muy efectiva (recidiva del 5-10%), anticoagulando previamente 3-4 semanas y/o descartando trombos en aurícula izquierda mediante ecografía transesofágica (ETT). La incidencia de fibrilación auricular del 25-30% es el mayor condicionante del pronóstico y calidad de vida.

RESUMEN DEL CASO

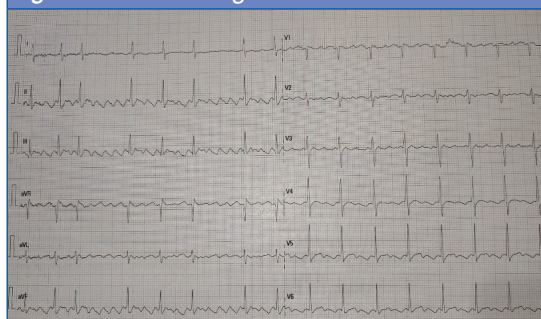
Mujer de 12 años con obesidad, estudiada por Cardiología Pediátrica a los 3 años por cardiomegalia sin soplo, dada de alta. En evaluación predeportiva se objetiva taquicardia regular de QRS estrecho a 150 lpm, asintomática. Al reinterrogar refiere palpitaciones y disnea con ejercicio intenso, cediendo en reposo. Se inician vagales y adenosina intravenosa, visualizando ondas F (Figura 1) y diagnosticando flúter auricular. La ecocardiografía y ecocardiografía evidencian disfunción biventricular, hipoquinesia global y disfunción severa de ventrículo izquierdo, insuficiencia mitral moderada y tricuspídea severa. Ante un flúter *de novo* y data incierta, con taquimiocardiopatía y paciente con insuficiencia cardíaca oligosintomática, se inicia control de frecuencia cardíaca con betabloqueante (propranolol). Se descartan trombos intracavitarios mediante ETT y se realiza cardioversión, logrando ritmo sinusal. Se pauta anticoagulación, perfusión de amiodarona, furosemda y se suspende propranolol. En la

analítica destaca elevación de proBNP 965 (posteriormente 211 pg/ml) y troponina 5,8 pg/ml. Valorada por unidad de arritmias, que modifica tratamiento a bisoprolol y enalapril para la disfunción miocárdica. Se solicita estudio para descartar miocardiopatía de origen genético (pendiente). En la resonancia magnética cardíaca se evidencia ventrículo izquierdo severamente dilatado, hipoquinesia global y disfunción sistólica leve, sin realce tardío. Previo al alta se constata mejoría de la función ventricular. Dos semanas después se realiza ablación.

CONCLUSIONES

- Cuando el flúter es persistente, la frecuencia ventricular puede producir una miocardiopatía dilatada (taquimiocardiopatía) reversible.
- La ablación previene recurrencias en más del 90% de casos, pero la actuación clínica no debe detenerse ahí. Una historia clínica completa puede revelar otros factores etiológicos y de mantenimiento, como la obesidad, cuyo tratamiento podría ayudar a detener el proceso arritmogénico subyacente.

Figura 1. Electrocardiograma



Cómo citar este artículo: Guirado Rodríguez AM, Rodríguez Torres A, Moya Quesada ND, Sánchez Jiménez R, Ortega Montes A. Flúter auricular *de novo* en Pediatría: un caso complejo con miocardiopatía asociada. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2025;(34):e5-e6.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

ABREVIATURAS

ECG: electrocardiograma • ETT: ecografía transesofágica.