

Flutter auricular fetal con hidrops

A propósito de un caso

Rubio Ciudad, M*; Vázquez Campá, R*; Esquinas Vega, M.C*; López Soto, A*; Lorente Nicolás, A**; Sorlí García, M**; Martínez Uriarte, J.B*; García Romero, R*.

*Servicio de Obstetricia y Ginecología de Hospital General Universitario Santa Lucía
**Servicio de Pediatría de Hospital General Universitario Santa Lucía

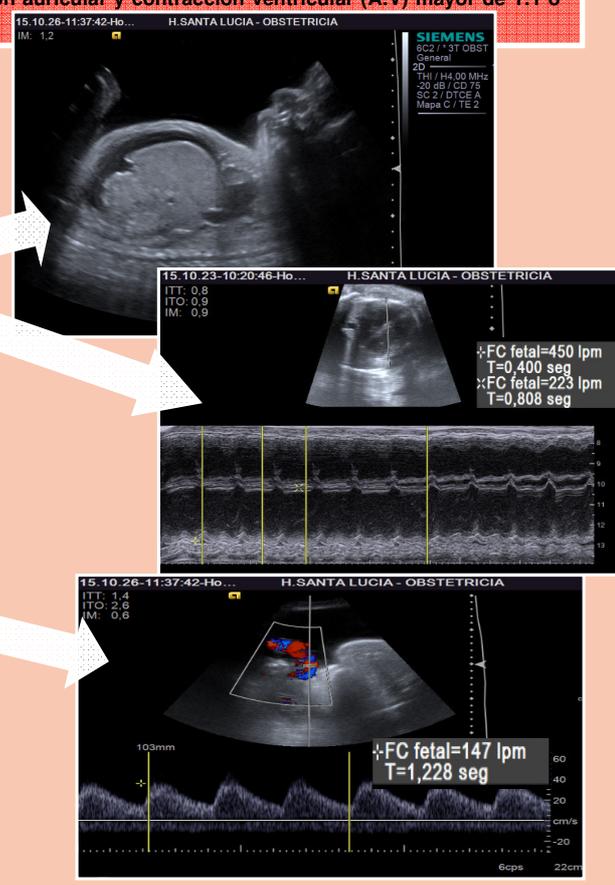
INTRODUCCIÓN

Las arritmias fetales presentan una incidencia del 1-2% de las gestaciones. Menos del 10% de los casos de taquicardias diagnosticadas durante el periodo prenatal presentan repercusión clínica, conllevando una potencial morbilidad y mortalidad fetal o neonatal. Las taquicardias fetales se definen como una frecuencia cardíaca por encima de 180 lpm registrada fuera del trabajo de parto. Se considera mantenida si es continua o persiste más del 50% del registro ecocardiográfico de al menos media hora de duración. Los tipos más frecuentes de taquicardia fetal son la taquicardia paroxística supraventricular, el flutter auricular (FA), la taquicardia ventricular, la taquicardia de la unión y la taquicardia auricular multifocal. Se define como flutter auricular a la taquicardia que presenta una relación entre contracción auricular y contracción ventricular (A:V) mayor de 1:1 o con relación A:V=1:1 pero con frecuencia auricular >300 lpm.

CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años. Antecedentes: hipotiroidismo, fumadora, obesidad II. Antecedentes obstétricos: G2P2

- En nuestro centro se realiza ecografía 1T Y 2T normales. En **semana 32.6** de gestación es derivada desde consulta privada por hallazgo de taquicardia fetal. Es valorada en nuestra consulta de Medicina Fetal, objetivándose en ecografía signos de hidrops (edema pericraneal, discreto derrame pleural, importante ascitis y polihidramnios), con aparente etiología cardiogénica por la taquicardia fetal severa con frecuencia ventricular 223 lpm. En modo M se comprueba frecuencia auricular el doble que la ventricular (450 lpm:223 lpm) sin anomalía estructural cardíaca. Doppler normal.
- Con diagnóstico de **flutter auricular fetal con repercusión hemodinámica e hidrops** secundario se decide ingreso conjuntamente con Cardiología Pediátrica. Se inicia tratamiento con Sotalol 80 mg/8 h v.o durante 5 días, asociado a Digoxina 0,5 mg/12 h v.o durante 2 días.
- Con control diario, se objetiva en 33.4 semanas de gestación reducción de la frecuencia ventricular fetal (130 lpm) con persistencia del flutter a 300 lpm.
- En siguiente control se objetiva: FCF 130 lpm, en modo M y con Doppler se comprueba la **conducción aurículo-ventricular 1:1**, menor cuantía de ascitis, sin derrame pericárdico ni pleural. Se continúa con la misma dosis de Sotalol, y se ajusta la dosis de Digoxina a 0,5 mg/24h.
- En **34.0 semanas de gestación** se objetiva **flutter auricular recidivado** con conducción 2:1 (>400 lpm:215-230 lpm), con menor ascitis, sin derrame pleural ni pericárdico. Se ajusta la dosis de Digoxina manteniendo las mismas dosis de Sotalol.
- En **34.3 semanas de gestación** se objetiva FCF 147 lpm con **conducción AV 1:1**, con mejoría franca del hidrops y ausencia de derrame pleural y edema subcutáneo. Se mantiene la misma pauta de tratamiento. Continúa estable con controles en Medicina Fetal y Cardiología pediátrica.
- En **semana 40.0 de gestación** se produce **parto eutócico** sin complicaciones tras RPM. Nace varón de 3730 g con Apgar 9/10 y FC 120-140 lpm. Durante el ingreso presenta estabilidad clínica sin arritmias cardíacas. Seguimiento posterior en consultas de Pediatría con **buena evolución**.



DISCUSIÓN

- ✓ El flutter auricular es una arritmia severa, sobre todo cuando se asocia a hidrops, ya que desencadena daños neurológicos y muertes fetales en ausencia de tratamiento.
- ✓ La ecocardiografía es la principal herramienta diagnóstica. El modo-M permite la valoración de la relación aurículoventricular.
- ✓ La mayoría de los casos de flutter auricular fetal se diagnostican en el tercer trimestre de embarazo.
- ✓ Ocasionalmente las taquicardias fetales pueden asociarse a anomalías cardíacas; las más frecuentes en casos de flutter son la CIV y la anomalía de Ebstein.
- ✓ El tratamiento de las taquicardias fetales puede ser: expectante; parto y tratamiento postnatal; tratamiento administrado a la madre (transplacentario); y tratamiento intraútero fetal directo. En el caso feto pretérmino está indicado, siempre que se pueda, iniciar el tratamiento intrauterino.
- ✓ Se precisa un control ecográfico fetal, y electrocardiográfico y analítico (digoxinemia) en las gestantes tratadas con antiarrítmicos.
- ✓ No existe contraindicación de parto vaginal, salvo en casos de hidrops severo, en los cuales podría estar indicada la realización de una cesárea.



Protocolo de tratamiento de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica

BIBLIOGRAFÍA

*B Van der Heijden, M.A Oudijk, G.T.R Marnten, H. Ter Heide, L. Pistorius, and M.W Freund Sotalol as first-line treatment for fetal tachycardia and neonatal follow-up. Ultrasound Obstet Gynecol 2013; 42: 285-2935.
 *Oudijk, MA. Fetal tachycardia: Diagnosis and treatment and the Fetal QT Interval in hipoxia. Vol 216. Utrecht, Netherlands: Dong UMC, Neovanta Medical AB, Steifel; 2003.
 *Pfammatter JP, Paul T, Lehmann C, Kalfelz HG. Efficacy and proarrhythmia of oral sotalol in pediatric patients. J Am Coll Cardiol 1995; 26: 1002-1007.
 *Price JF, Kertesz NJ, Snyder CS, Friedman RA, Fenrich AL. Flecainide and sotalol: a new combination therapy for refractory supraventricular tachycardia in children <1 year of age. Sociedad Española de Cardiología Pediátrica
 *Evolución y manejo intrauterino de las taquicardias fetales. José M. Vila-Vives, Alicia Martínez-Varea, Juan José Hidalgo-Mora, Vicente Maiques y Alfredo Perales-Marín.