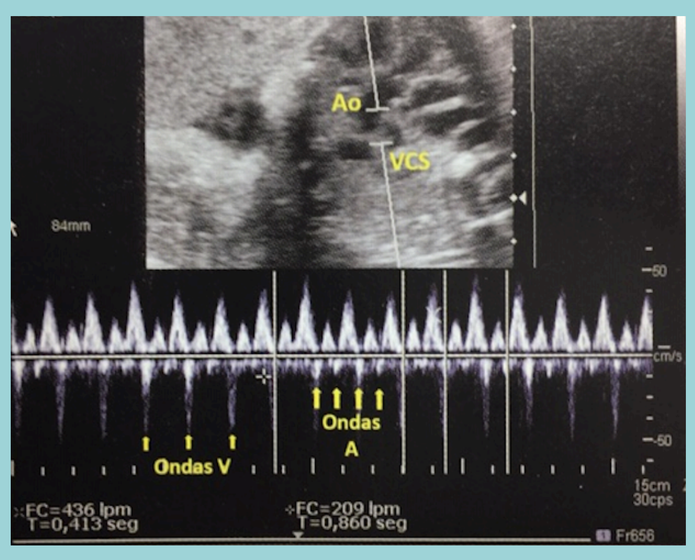
XXVIX Reunión Sociedad Ginecológica Murciana

Flutter auricular fetal

Martínez Martínez, Almudena*; Bueno Gonzalez María del Mar*; Jimenez García, Alba*; Rodriguez López, Pilar*; Batres Martínez, Laura*; Talens Orts, Paula*; García Izquierdo, Olivia*; Rubio Ciudad Miriam*.
*Servicio de Obstetricia y Ginecología de Hospital General Universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN

El flutter auricular supone <10% de las arritmias en la mayoría de las series. Se produce por un macrocircuito de reentrada que requiere de un tamaño auricular crítico, por lo que suele verse en gestaciones avanzadas. Puede ser paroxística o incesante y la FA oscila entre 400-600 lpm. El hecho de que a estas frecuencias el nodo sea incapaz de conducir todos lo latidos al ventrículo confiere a esta taquicardia una de sus características principales que es la relación AV > de 1:1, con lo que la FV es es menor que la FA. Cuando el grado de bloqueo AV es alto y por tanto la FV es cercana a la normal la taquicardia es bien tolerada por el feto, sin embargo los fetos con respuesta ventricular alta casi siempre desarrollan hidrops.



Flutter auricular mediante Doppler pulsado por el método VCS-aorta. *Tomado de Eco fetal Galindo Gratacós Martínez*

CASO CLÍNICO

Primigesta con controles obstétricos normales hasta semana 37+5 que consulta por disminución de movimientos fetales. Se realiza ecografía en la que se pone de manifiesto **flutter auricular fetal** a 270 lpm **sin signos de insuficiencia cardiaca**. Se decide ingreso durante el cual se valora la arritmia fetal junto con cardiología pediátrica. Diagnóstico: **taquicardia paroxística supraventricular** (TPSV) por reentrada por vía accesoria con desarrollo de **hidrops fetal** durante el ingreso.

Manejo inicial intrauterino con **Digoxina** 1 mg/24h durante dos días con posterior descenso y asociación de **Flecainida** 200 mg/24 h, tras evidenciar derrame pericardio de 4 mm, por lo que en semana 38+2 se opta por **cesárea electiva** dado que se trata de feto a término. **Evolución neonatal**: TPSV a 290 lpm y se traslada a UCI. Reversión de la arritmia con flecainida y adenosina. **Ecocardiografía : normalidad cardiológica estructural.** Alta a domicilio el tercer día con flecainida oral. Ingreso el 5º día de vida por episodios de TPSV que se consiguen controlar con propanolol. Traslado a hospital Sant Joan de Deu a los 35 días de vida donde confirman TPSV con sd. de preexcitación intermitente y episodios de reentrada refractarios a tratamiento farmacológico por lo que se realiza **ablación de vía accesoria.** Controles posteriores cardiológicos hasta la actualidad (4 meses) dentro de la normalidad.

Clip de video

DISCUSIÓN

La decisión de tratamiento médico antiarritmico versus finalización de la gestación ha de ser un decisión consensuada con el servicio de pediatría y con los padres teniendo en cuenta morbilidad asociada como prematuridad y desarrollo de posibles complicaciones como de hidrops e insuficiencia cardiaca.