TAQUICARDIA VENTRICULAR FETAL:

A propósito de un caso

Martínez-Espejo Cerezo, A.; Martínez Gómez, A.; Martínez Real, MC.; Moreno Sánchez,C.; Sánchez-Bolea Pérez, TL.; Corbalán Biyang, S.; García Teruel MP.; Garre Alcazar,C.
Servicio Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

INTRODUCCION

Las alteraciones del ritmo cardiaco fetal aparecen en el 2% de las gestaciones siendo, en su inmensa mayoría, benignas con buen pronóstico. Las taquicardias constituyen el 8% y pueden dividirse en supraventriculares y ventriculares. La taquicardia ventricular es muy rara en vida fetal, representando del 3-5%. Se define por la disociación en la relación A:V menor que 1. Presentamos el caso de una taquicardia ventricular fetal diagnosticada en semana 32.

CASO CLINICO

Paciente de 34 años, G6C2A3, embarazo controlado con serologías negativas y ecografías previas normales. En la ecografía del tercer trimestre se evidencia una taquicardia fetal de 200lpm (fig. 1) Se realiza ecocardiografía completa sin hallazgos de cardiopatía estructural asociada y estudio en modo M evidenciando una conducción auriculoventricular 1:1 (Fig. 2).

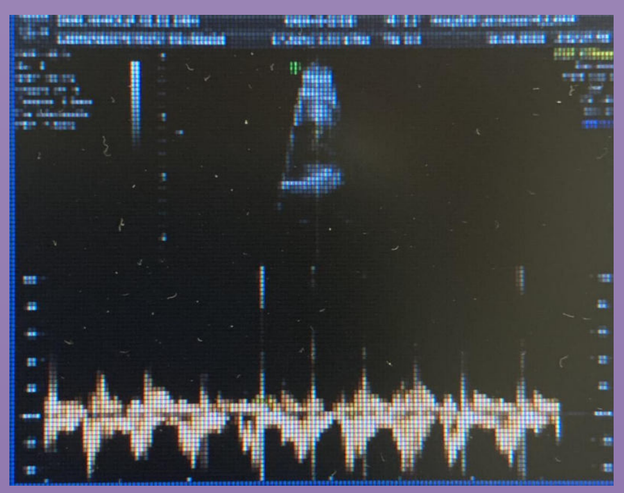

Fig 1. FC 200lpm

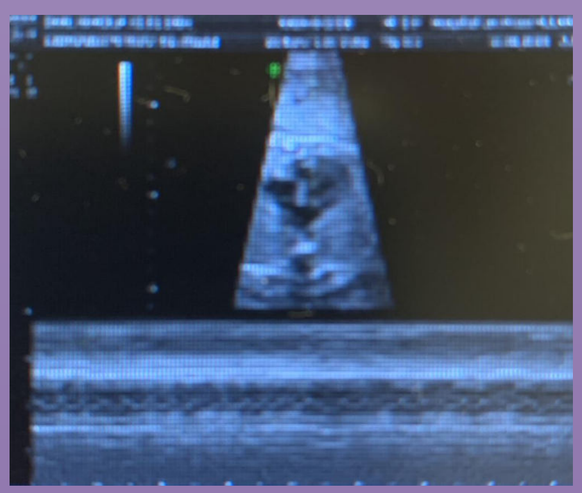

Fig 2. Modo M

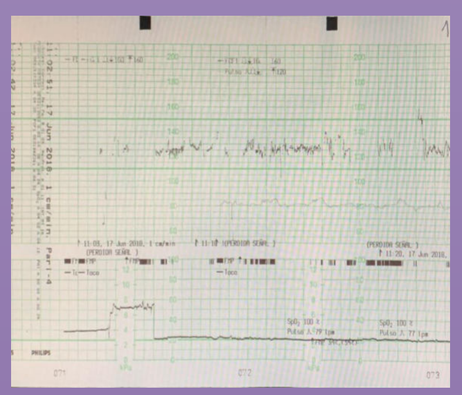

Fig 3. Ritmo sinusal

El diagnóstico inicial, tras descartar fiebre e hipertiroidismo materno así como anemia fetal, es de taquicardia supraventricular, decidiéndose tras valoración conjunta con Cardiología pediátrica, iniciar tratamiento con Digoxina a dosis bajas. Para ello, la paciente es valorada por el servicio de Cardiología que realiza ECG y digoxinemias seriadas. A los diez días de tratamiento y con digoxinemias de 2 tras aumento de dosis, no se consigue la cardioversión por lo que se decide añadir flecainida consiguiendo un ritmo sinusal de 125 lpm. (fig 3) El feto no presentó en ningún momento signos de descompensación cardiaca. Se programa cesárea electiva en semana 38 por dos cesáreas previas naciendo mujer 3,420g apgar 9/10. En UCI neonatal se realiza ECG de recién nacido que muestra ritmo sinusal alternando con rachas de taquicardia de inicio brusco de QRS ancho a 200 lpm con RR regular y onda P retrograda diagnosticándose de taquicardia ventricular con origen en tracto de salida de ventrículo derecho sin repercusión hemodinámica. Precisó para control de crisis proponalol y amiodarona, actualmente con 18 meses está controlado con atenolol.

CONCLUSION

La taquicardia ventricular es muy rara en vida fetal. En ocasiones, puede conducir retrógradamente a la aurícula provocando la estimulación auricular y en estos casos el diagnostico diferencial con la taquicardia supraventricular puede ser muy dificil, como en nuestro caso. Se debe tratar intraútero si: se diagnostica por debajo de las 37 semanas, es mayor de 180 lpm durante más de 3 minutos o mayor de 220 lpm independientemente de la duración y si hidrops fetal. La digoxina continua siendo el fármaco de elección por su seguridad.