



5017-2. TAQUICARDIA FETAL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Victorio Cuenca Peiró, José Carlos Moreno Samos, Juan Ignacio Zabala Argüelles, Lourdes Conejo Muñoz, Beatriz Picazo Angelin y Manuel de Mora Martín del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La taquicardia fetal se define por frecuencias ventriculares superiores a 160 lpm. En su gran mayoría suelen ser taquicardias sinusales autolimitadas, pero un pequeño porcentaje pueden ser sostenidas y patológicas, con riesgo de insuficiencia cardíaca fetal. En un 5-10% se pueden asociar a cardiopatía estructural, siendo la enfermedad de Ebstein la más frecuente.

Métodos: Estudio retrospectivo de taquicardias fetales de la base de datos de la base de datos de 5.435 embarazadas, entre julio 2003 hasta enero 2014, derivadas desde Obstetricia. El estudio se hizo mediante Modo M-color y Doppler pulsado según método descrito por Fouron et al.

Resultados: Encontramos en nuestro grupo un total de 28 pacientes afectados de taquicardia fetal. Las dividimos en 4 grupos: 1º. Por reentrada con intervalo VA corto: 17 pacientes (4 casos: taquicardia no constante sin hydrops y sin precisar tratamiento; 8 casos: recuperación de RS tras tratamiento con digoxina; y 5 casos: hydrops fetal precisando tratamiento con digoxina y sotalol, y además en 2 de ellos fue necesario sustituir este último por flecainida por falta de respuesta, finalizando el embarazo en semana 36 y tratamiento exitoso con adenosina al nacimiento). 2º *Flutter* auricular: 9 casos: en 2 de ellos se pasó a ritmo sinusal con sotalol y digoxina. 5 casos: parto a término con control adecuado de la FC con digoxina y en 2 casos: hydrops fetal que preciso añadir sotalol y finalización del embarazo a las 37 semanas mediante cesárea electiva. En estos últimos 7 casos se confirmó el *flutter* al nacimiento precisando cardioversión sincronizada. 3º Taquicardia sostenida con intervalo VA largo: se le pautó flecainida y al nacimiento se diagnosticó de taquicardia sinusal en el contexto de una infección prenatal grave. 4º. Taquicardia ventricular en un caso, a las 25 semanas de gestación con hydrops fetal y disfunción ventricular produciéndose el fallecimiento fetal a pesar de tratamiento con amiodarona.

Conclusiones: La ecocardiografía fetal permite un preciso diagnóstico de las taquiarritmias fetales, controlar la respuesta al tratamiento y en función de ello la necesidad de adelantar el parto, para iniciar el tratamiento extraútero. Las taquicardias supraventriculares fetales tienen un buen pronóstico con un adecuado diagnóstico y tratamiento.