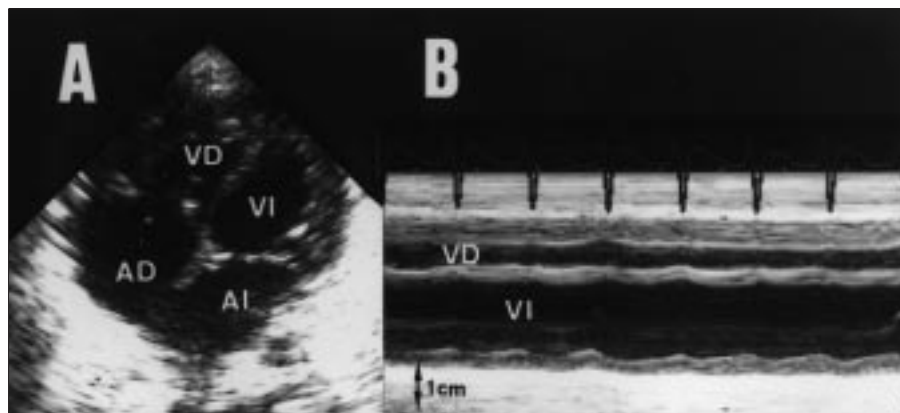
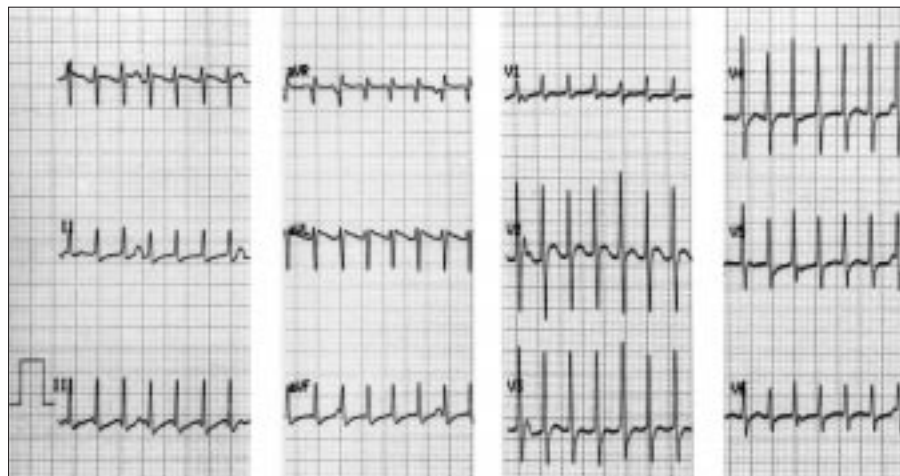


Hydrops fetalis por taquicardia ectópica de la unión AV

Fernando Benito Bartolomé y Soledad Jiménez Casso

Unidad de Arritmias. Laboratorio de Electrofisiología Clínica Cardíaca. Hospital La Paz. Madrid.



CASO CLÍNICO

Recién nacido pretérmino, en la 35 semana, por cesárea urgente tras el diagnóstico ecocardiográfico de

polihidramnios e *hydrops* secundario a taquiarritmia. En la exploración clínica presentaba taquicardia incontable e insuficiencia cardíaca grave. El ECG de 12 derivaciones demostraba la presencia de una taquicardia con QRS estrecho a 230-300 lat/min con disociación auriculoventricular (AV) y ocasionales capturas auriculares (fig. 1). El ecocardiograma descartó la presencia de cardiopatía estructural y evidenció una muy reducida contractilidad del ventrículo izquierdo (fig. 2). La taquicardia no respondió al tratamiento con ATP, choque eléctrico, digital ni betabloqueantes. Con amiodarona intravenosa a dosis

Correspondencia: Dr. F. Benito Bartolomé.
Meléndez Valdés, 22, 5.º B. 28015 Madrid.

Recibido el 27 de marzo del 2000.
Aceptado para su publicación el 8 de mayo del 2000.

(Rev Esp Cardiol 2000; 53: 1529-1530)

de choque de 5 mg/kg en 10 min y perfusión a 5 mg/kg en 24 h se consiguió un descenso de la frecuencia de taquicardia hasta 160-180 lat/min, a pesar de lo cual el paciente falleció 4 h más tarde por fibrilación ventricular y disociación electromecánica que no respondió a las maniobras de reanimación. La anatomía patológica del corazón evidenció la presencia de hemorragias múltiples, necrosis isquémica del

nodo sinusal y necrosis hemorrágica del fascículo de His ramificante.

La taquicardia ectópica de la unión ha sido escasamente descrita como causa de *hydrops fetalis*. El diagnóstico se realiza, habitualmente, tras el nacimiento, aunque se puede sospechar intraútero ante una taquicardia con QRS estrecho, disociación AV y si existe asociación familiar.