

Resolución de hidrops fetal en pretérmino extremo: tratamiento exitoso de taquicardia supraventricular

Orozco M.1, Tecayehuatl, G2., Pérez Y.1, Licea S.1

1 residente del servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General León.

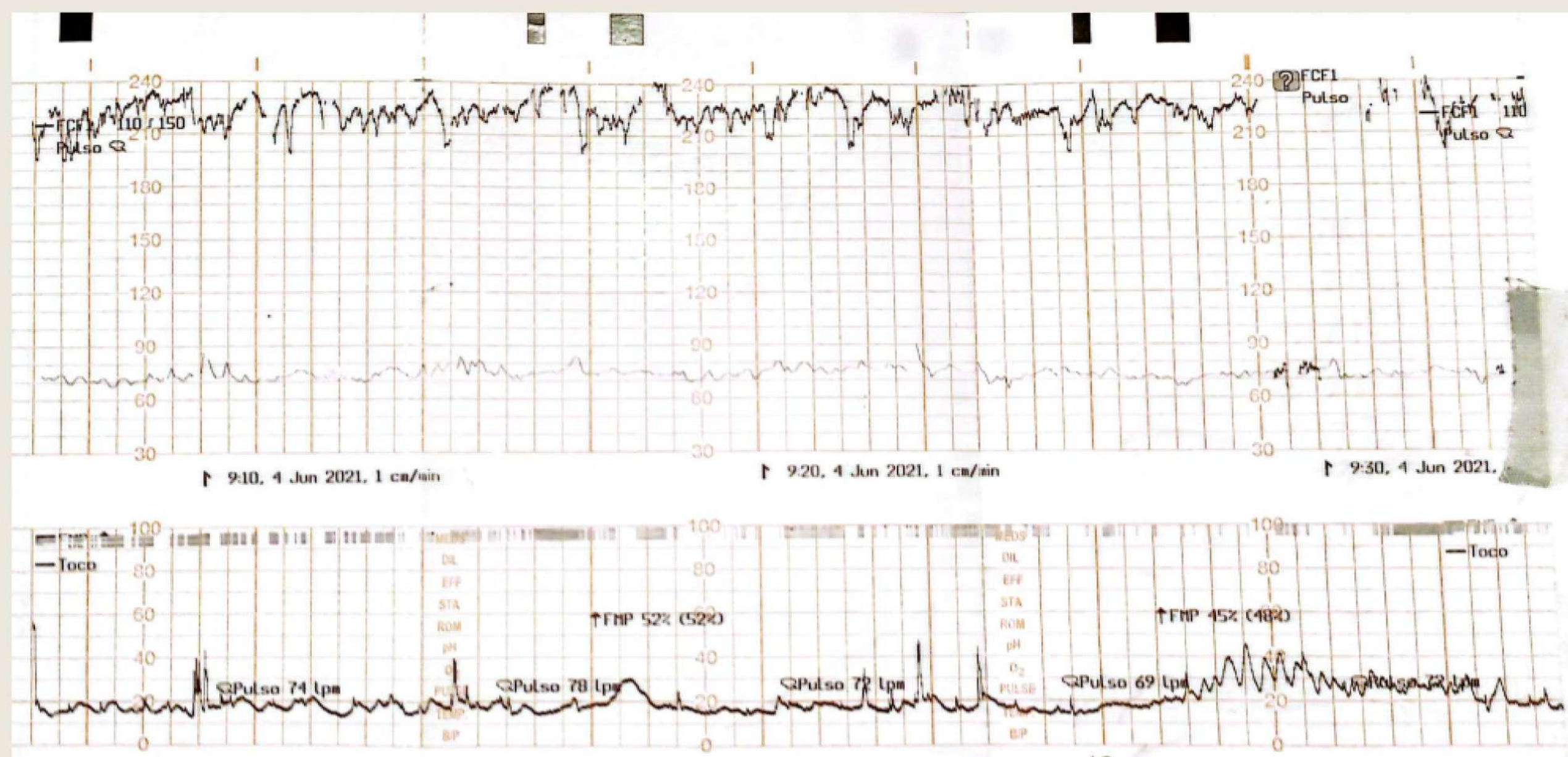
2 médico materno fetal, adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General León.

01. Antecedentes

Las arritmias fetales son alteraciones del ritmo cardiaco que no se asocian a una contracción uterina, con una tasa de detección del 1-2% del total de gestaciones. En ciertos casos son transitorias y en su mayoría benignas, sin embargo, del 10-12% se asocian a un cuadro de hidrops no inmune.

La taquicardia supraventricular representa del 67-84% de las taquiarritmias; presente en 1/10 000 gestaciones.

Se reporta una mortalidad del 50-70%, incrementándose cuando el diagnóstico se establece antes de la semana 24.



02. Objetivo

El presente trabajo busca presentar la experiencia en un caso exitoso de tratamiento de hidrops fetal de causa no inmune secundario a taquicardia supraventricular fetal, la cual es una patología poco frecuente; no se tienen reportes de casos previos en nuestra institución, asimismo, existen pocos reportes de casos en nuestro país, sin evidencia de tasas de éxito con diferentes tratamientos farmacológicos.

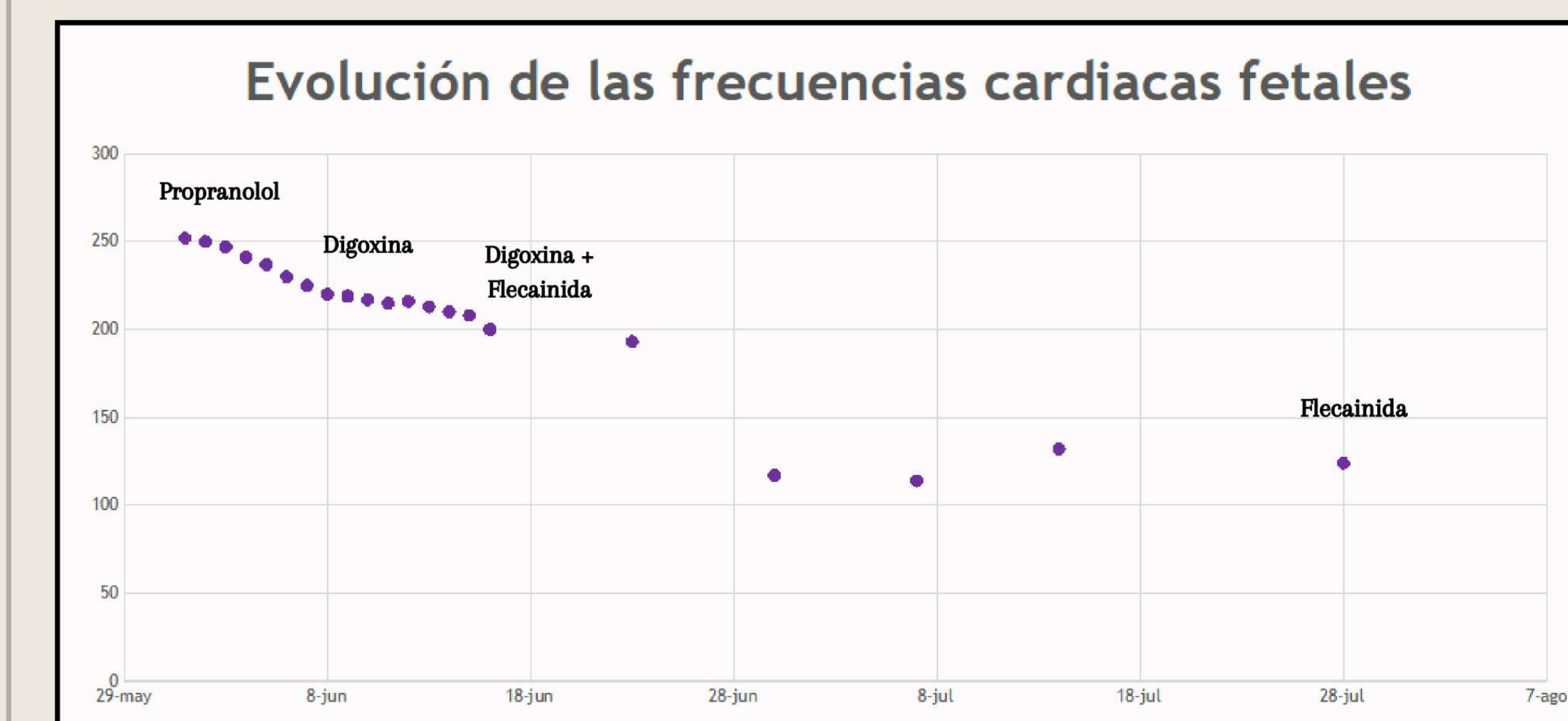
03. Resumen del caso

Paciente de 32 años, gesta 3, cesáreas 2, hemotipo O+, cursando con embarazo de 24.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 01/12/21, que acude a valoración a urgencias, referida de su centro de salud por hallazgo de frecuencia cardiaca fetal de 222 latidos por minuto. A su ingreso se realiza cardiotocografía con evidencia de taquicardia persistente, con línea de base en 200 latidos por minuto. Valorada por médico materno fetal quien identifica hidrops, por ascitis y edema en tejido celular subcutáneo, asociado a taquicardia supraventricular, sin evidencia de malformaciones estructurales cardiacas. Se inicia manejo farmacológico con propranolol 10mg cada 8 hrs incrementando dosis gradualmente a 20mg cada 8 hrs; sin embargo, la madre cursa con hipotensión y bradicardia por lo que se decide cambio de tratamiento con Digoxina, iniciando a 0.5mg cada 24hrs y posteriormente cada 12 hrs evaluando niveles séricos para mantener concentraciones terapéuticas sin presentar datos de intoxicación, requiriendo reajuste de dosis a 0.25mg cada 12 hrs durante 8 días con poca respuesta a tratamiento. Se agregó Flecainida 100mg vía oral cada 12hrs, incrementándose dosis a cada 8 hrs, con seguimiento ecográfico semanal, presentando inicialmente disminución del 10% de la frecuencia cardiaca fetal, así como remisión progresiva de hidrops y regularización de la frecuencia cardiaca fetal, retirándose digoxina 30 días previo a programación de interrupción del embarazo a las 37 semanas, continuando con monoterapia con Flecainida sin presentar alteraciones. Se realiza interrupción vía abdominal del embarazo, sin complicaciones, obteniendo recién nacido con frecuencia cardiaca sin alteraciones.



04. Conclusión

Se han identificado mejores resultados con Flecainida en monoterapia o terapia dual con Digoxina en pacientes que presentan hidrops, con una menor tasa de efectos adversos y tasa de éxito de 88.2%. En este caso, el paciente presentó remisión total del hidrops, así como normalidad en la frecuencia cardiaca fetal una vez instaurado el tratamiento farmacológico. Al momento se encuentra en seguimiento por cardiología pediátrica en espera de ablación de vía accesorio, en tratamiento aún con Flecainida, sin otra complicación, con crecimiento y desarrollo adecuados.



Bibliografía

- Donofrio MT, Moon-Grady AJ, Hornberger LK, et al. Diagnosis and Treatment of Fetal Cardiac Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2014; 129:2183-2242.
- «Taquicardia supraventricular fetal, diagnóstico y tratamiento prenatal», P. Sánchez-Tejedor, M. Domínguez-González, S. Soldevilla, F. Delgado, A.R. Martín-Gutiérrez. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2012;39:13210.1016/j.gine.2011.11.014
- Carvalho J. S. (2019). Fetal dysrhythmias. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 58, 28-41. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.01.002>
- API, O., & CARVALHO, J. S. (2008). FETAL DYSRHYTHMIAS. BEST PRACTICE & RESEARCH. *CLINICAL OBSTETRICS & GYNAECOLOGY*, 22(1), 31-48. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.BPOBGYN.2008.01.001](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.01.001)
- Gravenhorst, V. D., Schneider, H. E., Müller, M. J., Krause, U., Felke, B., & Paul, T. (2021). Fetales EKG und Arrhythmien [Fetal ECG and arrhythmias]. *Herzschrittmachertherapie & Elektrophysiologie*, 32(2), 152-157. <https://doi.org/10.1007/s00399-021-00758-3>