

DIAGNÓSTICO MATERNO DE LUPUS A RAÍZ DE ECOCARDIOGRAFÍA FETAL, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Pizarro Ruiz AM¹, Vera Romero E², Lorente Nicolás A², García Izquierdo O³, Reventos Martínez MC¹, Esquivia Soto S¹.

¹ MIR Pediatría, ² Servicio de Cardiología Pediátrica, ³ Servicio de Ginecología y obstetricia. Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

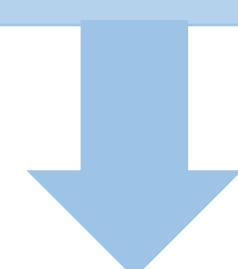
INTRODUCCION: El bloqueo auriculoventricular (AV) se define como un retraso o interrupción en la transmisión de un impulso de las aurículas a los ventrículos debido a una alteración anatómica o funcional en el sistema de conducción.

La incidencia varía entre 1/15.000 - 22.000 recién nacidos vivos. La exposición transplacentaria a autoanticuerpos maternos es la causa más frecuente, responsable del 60-90% de los casos .

CASOS CLÍNICOS:

A: Gestante de 41 años con AP de tiroiditis de Hashimoto. Cinco gestaciones previas y un aborto por anencefalia. Se detecta en semana 28+5 **bloqueo cardiaco fetal completo** ritmo de salida ventricular a 70 latidos/min.

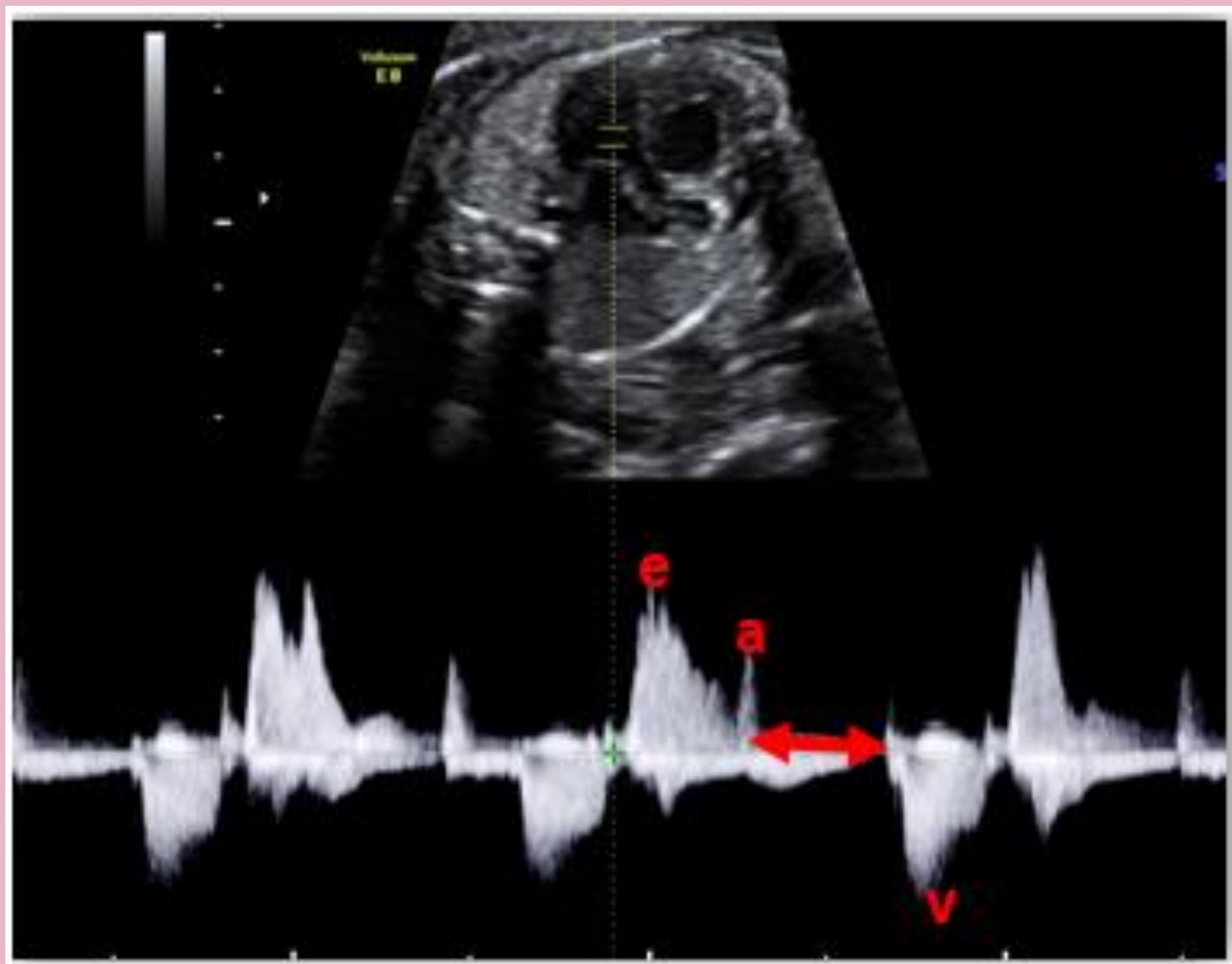
B: Gestante de 31 años, sin enfermedades ni gestaciones previas. En semana 26 **bradicardia fetal** sinusal por la que recibe salbutamol oral durante 48h sin mejoría y a las 27 semanas se detecta **disociación AV completa** con ritmo de escape ventricular 63 latidos /min.



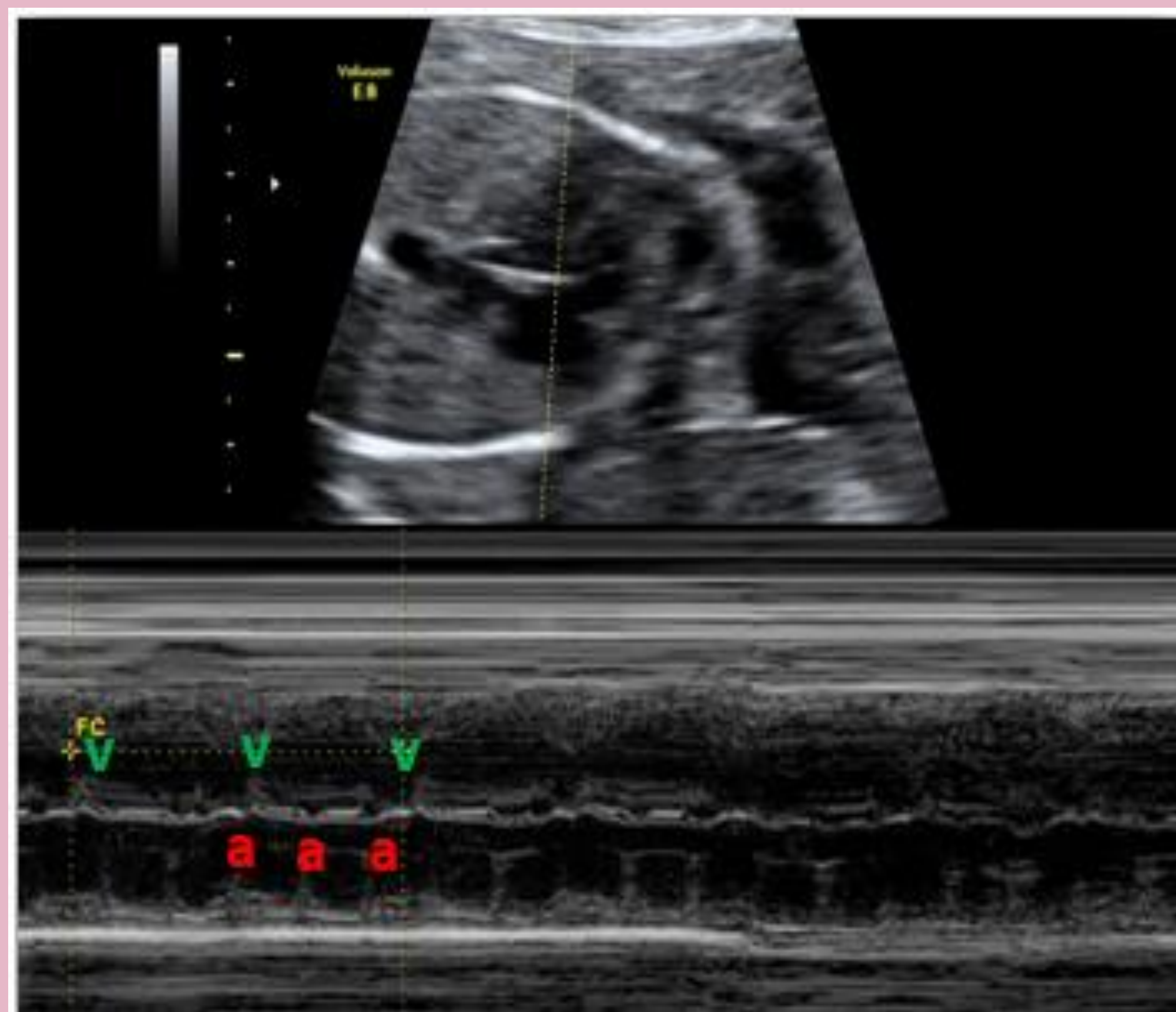
Serología positiva Anti-Ro/SSA alta titulación

Inician prueba terapéutica con dexametasona oral

DIAGNÓSTICO:



Gracias al **Doppler pulsado**, conseguimos medir de forma simultánea el flujo a través de la válvula mitral y aórtica, obteniendo así las ondas “e” (llenado pasivo auricular) y “a” (contracción auricular) y otra onda correspondiente a la eyección ventricular “v”. Lo que nos permitiría estimar el **intervalo PR**, desde “a” -“v”.



Con el **modo M** conseguimos las ondas de contracción auricular y ventricular. Con ello podemos calcular el **ratio de ondas auriculares y ventriculares**, que en el caso de un bloqueo completo se encontrarán disociadas

CONCLUSIÓN:

- Diagnóstico prenatal → llevar a cabo el diagnóstico materno.
- El tratamiento del feto es expectante, las opciones son limitadas (glucocorticoides, hidroxiquina) y no exentas de efectos secundarios.
- Tras el parto la cuestión es plantearse la necesidad y el momento adecuado para la implantación de un **marcapasos permanente**.
- Importancia del manejo multidisciplinar, planear el momento y lugar del nacimiento → hospital con **servicio de Cirugía Cardiovascular infantil**, para implantación urgente o preferente de un marcapasos.
- Nacimiento en centro sin servicio de Cirugía Cardiovascular infantil y signos de bajo gasto cardiaco → perfusión de **isoproterenol** si no respuesta, **marcapasos externo**.

