

TAQUICARDIA FETAL Y NEONATAL: 2 CASOS REPRESENTATIVOS

Autores: Francisco Hernández Fuentes*, M^a Teresa Navarro Esteban*, María del Carmen Pérez Pérez*, Jose Ángel Guardiola Olmos*, Raquel Galán Lozano*, Francisco Gómez Puche*

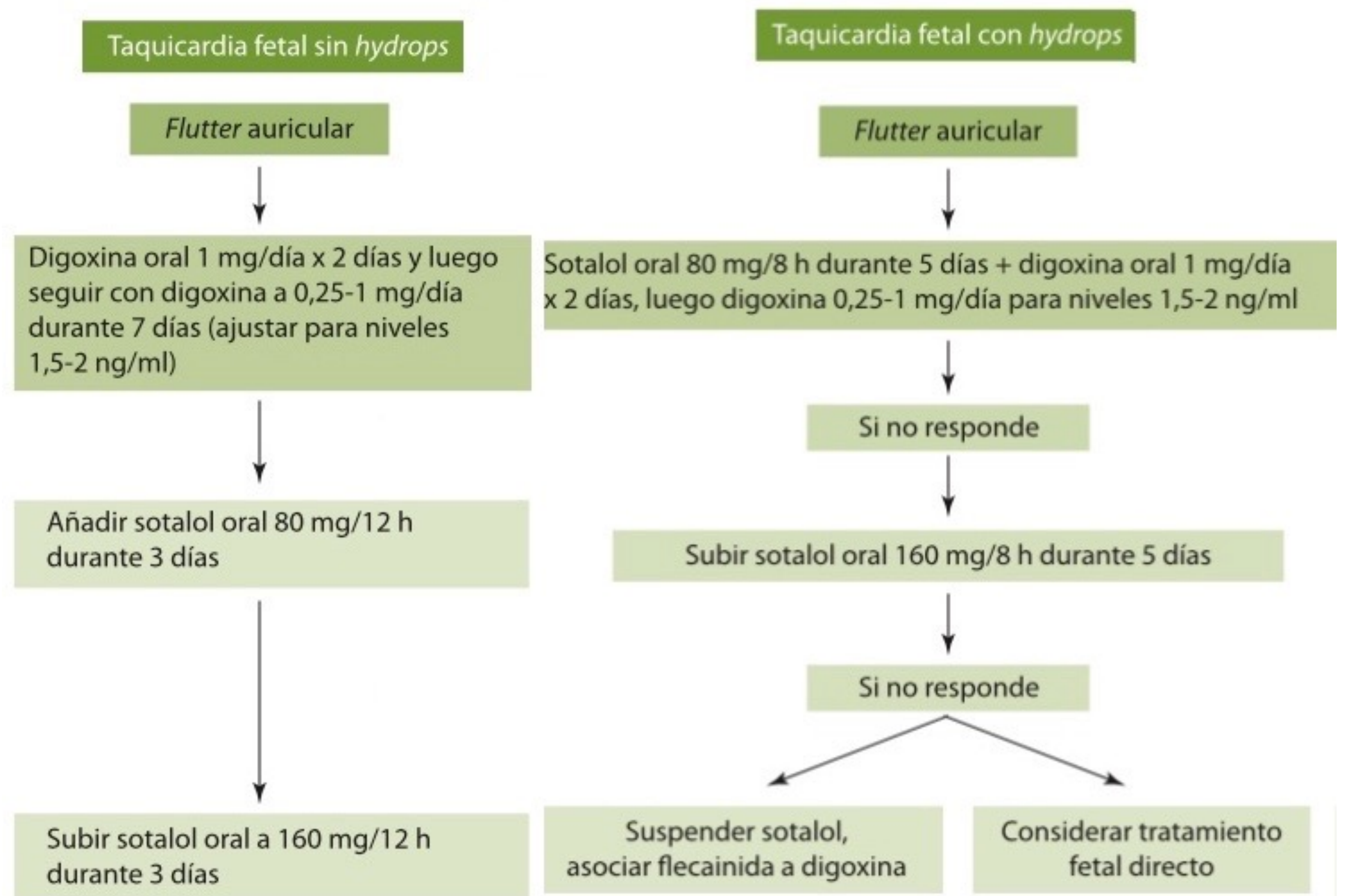
* Médicos Residentes de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

Presentamos las dos principales etiologías de taquicardia en periodo fetal y neonatal: la Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV) y el Flutter auricular. Es por tanto interesante conocer su diagnóstico y manejo clínico inicial.

Caso 1: Diagnóstico Prenatal

Recién nacida con diagnóstico en la ecografía de la semana 27+3 de Flutter Auricular que requirió para su control **digoxina** y **sotalol** y posterior cambio a flecainida, objetivándose repercusión hemodinámica (polihidramnios, derrame pleural izquierdo) por lo que se realiza maduración pulmonar y cesárea en la semana 33+5 sin precisar reanimación. Ingresa en UCIN, se contacta con Cardiología pediátrica que realiza ecocardiograma y ECG comprobando **Flutter auricular** tras administración de adenosina por lo que se realiza previa sedación cardioversión eléctrica a 1J/Kg siendo efectivo. Durante su ingreso es monitorizada con ritmo sinusal en todo momento. Inicialmente presenta disfunción ventricular izquierda y derrame pleural derecho con normalización en las ecografías posteriores. Tras la revisión de los 4 meses de edad es dada de alta de Cardiología Infantil

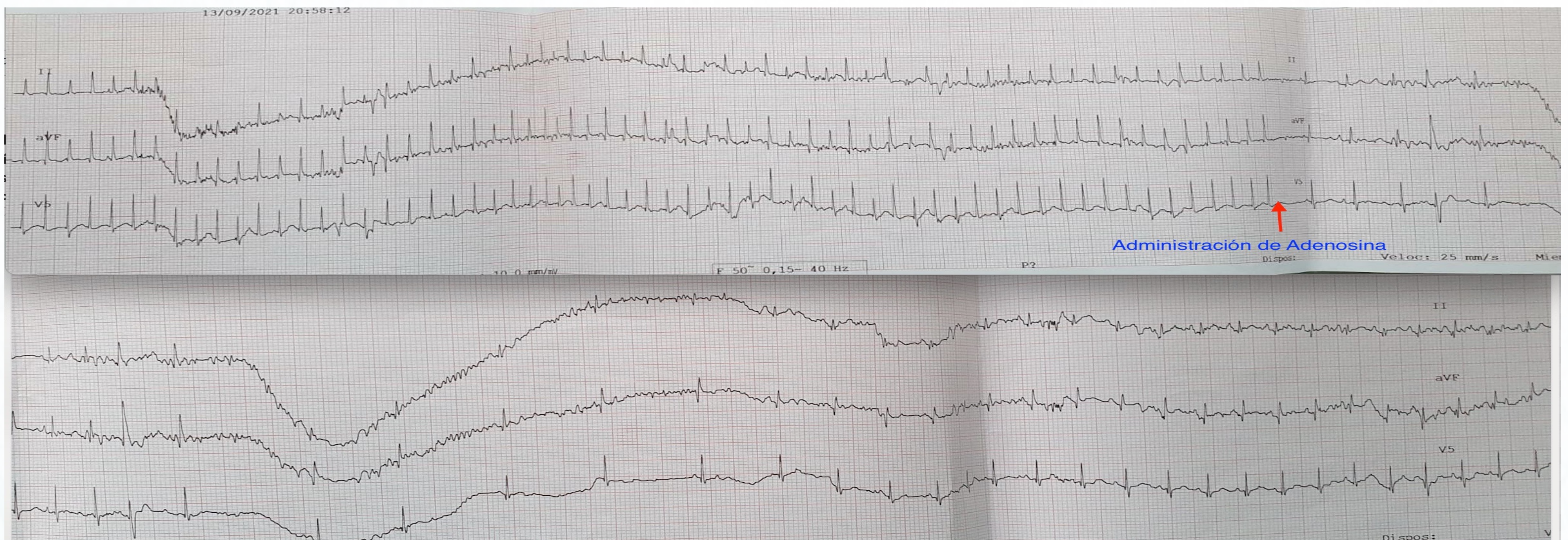


Algoritmo de manejo de taquicardias fetales. Extraído de: Guía Torrent, J. M., Navalón Pérez, M. J., Escudero Cárceles, F., & Espín López, J. M. (2015). Taquicardias supraventriculares. En D. C. Albert Brotons (Ed.), Cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas del niño y del adolescente Volumen II (pp. 453–464). CTO editorial.

El diagnóstico de una taquicardia fetal requiere valorar tratamiento con antiarritmicos, la aparición de repercusión hemodinámicas (hydrops) y la decisión de finalizar la gestación (imagen 1). En el periodo postnatal, el flutter se soluciona con la cardioversión eléctrica siendo excepcional la recurrencia.

Caso 2: Taquicardia Neonatal en urgencias

El segundo caso se trata de un neonato de 11 días que consulta en urgencias por llanto intenso, palidez cutánea y sudoración de inicio esa tarde junto a decaimiento desde hace 24h. Refiere adecuada lactancia, diuresis y ritmo deposicional. A la exploración destaca una coloración pálida, mala perfusión periférica y a la auscultación FC >300lpm sin signos de distrés. por lo que pasa a sala de Atención Inmediata. Se realiza ECG objetivando una taquicardia de QRS estrecho con posible onda P retrógrada. Se canaliza vía periférica y se contacta con Cardiología Infantil. Se administra 200mcg/kg de adenosina cediendo bruscamente la taquicardia quedando en ritmo sinusal, sin preexcitación visible en ECG (Imagen 2). Se diagnóstica de TPSV con vía oculta. Se realiza ecocardio sin objetivar cardiopatía estructural y se decide iniciar flecainida con buena respuesta.



Conclusión

La TPSV termina bruscamente con la administración de adenosina, pero requiere el tratamiento crónico con antiarritmicos de preferencia clase IC (flecainida, propafenona) para evitar su recurrencia. Durante el primer año de vida un porcentaje importante de las vías accesorias se cierran, pero tras ese primer año requerirán ablación para el cierre definitivo de las mismas.