

Introducción

El Flutter atrial intrauterino se define como la frecuencia atrial rápida y regular de 300 a 600 latidos/minuto y conducción atrioventricular 1:1, o un con grado variable de bloqueo AV, resultando en una frecuencia cardiaca ventricular idéntica o más lenta. (1)

El Flutter auricular neonatal es una entidad infrecuente en pediatría; las arritmias fetales en general se diagnostican en al menos 2% de los embarazos. (2)

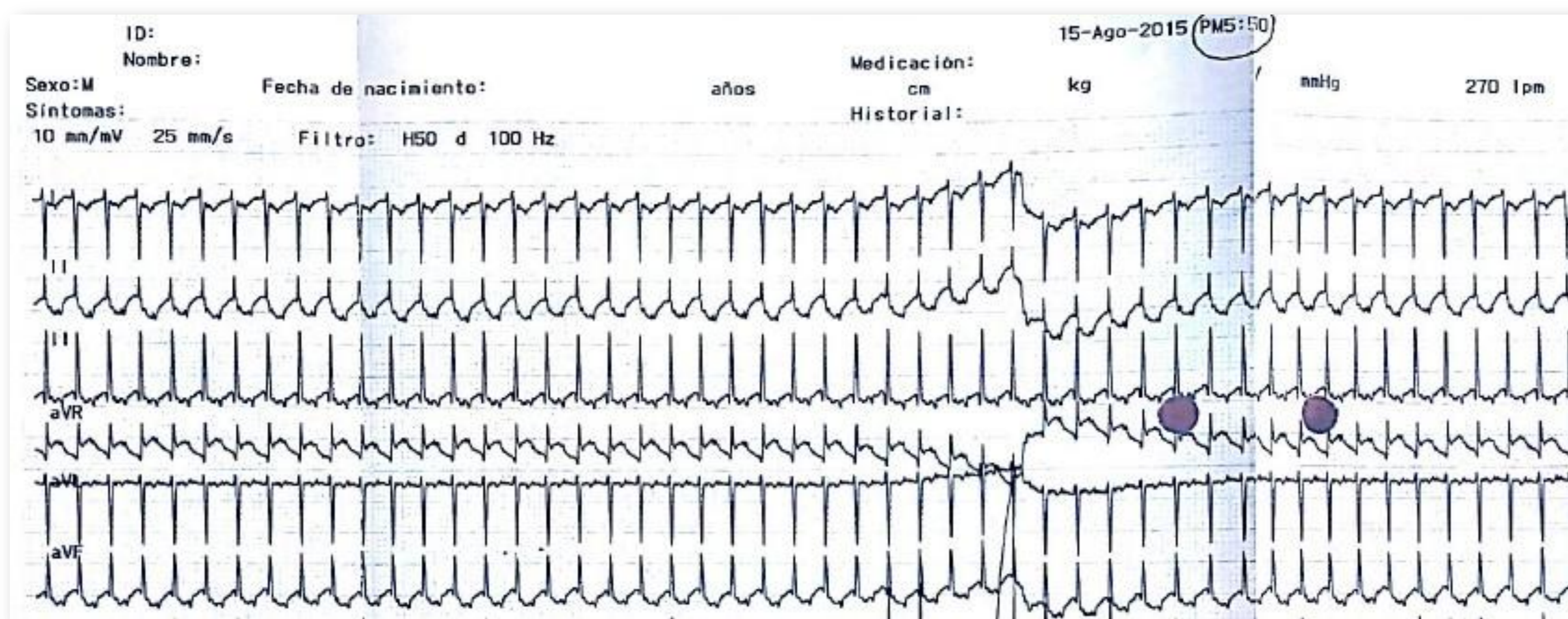
Esta condición se puede asociar a falla cardiaca congestiva, hidrops fetal, morbilidad neurológica y muerte intrauterina, por lo cual la intervención neonatal es necesaria. El objetivo del tratamiento es convertir a ritmo sinusal, con una función ventricular adecuada, para prevenir o revertir la falla cardiaca congestiva y evitar el parto pre término (3)

Reporte de Caso

Paciente producto de madre de 34 años, G2C1V1, remitida por estado fetal no satisfactorio (ausencia de variabilidad y taquicardia fetal sostenida). Con evidencia de flutter auricular en ecocardiografía fetal y signos de hidrops fetal, por lo cual es llevada a cesárea de emergencia. Se obtiene recién nacido con FC 250 latidos por minuto, sin esfuerzo respiratorio, se inicia ventilación presión positiva, se realiza intubación orotraqueal, y se coloca catéter venoso umbilical; posteriormente se incrementa su frecuencia cardiaca hasta 300 latidos por minuto, por lo cual, pese a no tener signos de bajo gasto, se decide realizar cardioversión eléctrica, obteniendo ritmo sinusal, y estabilidad hemodinámica. Se inicia soporte inotrópico con dobutamina.

Se realiza ecocardiograma: dilatación de cavidades y signos de disfunción diastólica severa del ventrículo izquierdo, con adecuada función sistólica, soportada con inotrópico, por lo cual se inicia digoxina; al segundo día de vida tolera retiro de ventilación mecánica y destete progresivo de inotropía. Al tercer día reaparece taquiarritmia hasta 300 latidos por minuto, manejándose con cardioversión eléctrica, retomando el ritmo sinusal. Al cuarto día se realiza ecocardiograma de control con adecuada función biventricular y disminución significativa de los diámetros ventriculares y auriculares, ritmo sinusal durante el estudio. Se extuba y se suspende Dobutamina. No presenta nuevos eventos de arritmia. Al octavo día se toma Holter 24 horas que reporta ritmo sinusal con extrasístole auricular ocasional, no flutter ni taquicardia atrial. Se da egreso con digoxina oral profiláctica.

Estudio Diagnóstico



EKG con evidencia de taquicardia supraventricular

Discusión

- En pacientes pediátricos con antecedente de atopia familia y/o atopia familiar asociado a síntomas gastrointestinales como reflujo El mecanismo de generación de Flutter atrial fetal es la reentrada, que es la propagación de impulsos a través de un tejido miocárdico que ya ha sido activado por el mismo impulso en un movimiento circular. (4)
- El mejor método diagnóstico es el ecocardiograma fetal, mediante el cual, se pueden observar anomalías estructurales cardíacas, alteraciones del ritmo y además detectar signos de falla cardiaca in utero. (3)
- El tratamiento intrauterino puede realizarse con Digoxina, oral o endovenosa; es el medicamento más comúnmente usado. La dosis inicia con 0.25 mg 2 veces al día y puede incrementarse máximo hasta 0.5 mg 2 veces al día, la dosis debe ser ajustada hasta obtener niveles séricos terapéuticos entre 0.8–2.0 ng/mL. Actualmente es poco recomendado por tener menor paso transplacentario.
- Otra opción terapéutica es el Sotalol el cual es un agente B bloqueador potente con efecto antiarrítmico clase III, con pocos o nulos efectos inotrópicos. La dosis inicial sugerida es 80 mg dos veces al día, máximo hasta 160 mg tres veces al día. Durante el tratamiento con Sotalol, se debe vigilar el intervalo QT, la función renal y los niveles séricos de potasio y magnesio maternos.
- En cuanto al tratamiento postnatal, existen múltiples opciones que incluyen cardioversión eléctrica, uso de marcapaso esofágico o venoso transatrial.
- No se recomienda terapia profiláctica, por la poca recurrencia de esta arritmia. (5)

Bibliografía

1. JAEGGI, E. E.; FOURON, J. C.; DRBLIK, S. P. Fetal atrial flutter: diagnosis, clinical features, treatment, and outcome. *The Journal of pediatrics*, 1998, vol. 132, no 2, p. 335-339.
2. ACUÑA, Dania; DÍAZ, Angélica. Taquiarritmia fetal: Caso clínico y revisión de la literatura.
3. LISOWSKI, Lukas A., et al. Atrial flutter in the perinatal age group: diagnosis, management and outcome. *Journal of the American College of Cardiology*, 2000, vol. 35, no 3, p. 771-777.
4. JAEGGI, Edgar; ÖHMAN, Annika. Fetal and Neonatal Arrhythmias. *Clinics in perinatology*, 2016, vol. 43, no 1, p. 99-112.
5. WU, Tsui-Hua, et al. Fetal atrial flutter: a case report and experience of sotalol treatment. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2006, vol. 45, no 1, p. 79-82.
6. TAEUSCH, H. William, et al. Arrhythmias in the newborn and fetus. *En: Moore JP, Satou GR, Klitzner TS. Avery's Diseases of the Newborn. Elsevier Health Sciences, 2005. pp 789 – 800.*