

Arítmies Fetals

Anna Borrell Molins

Rosa Vila Hernández

Anna Maroto González

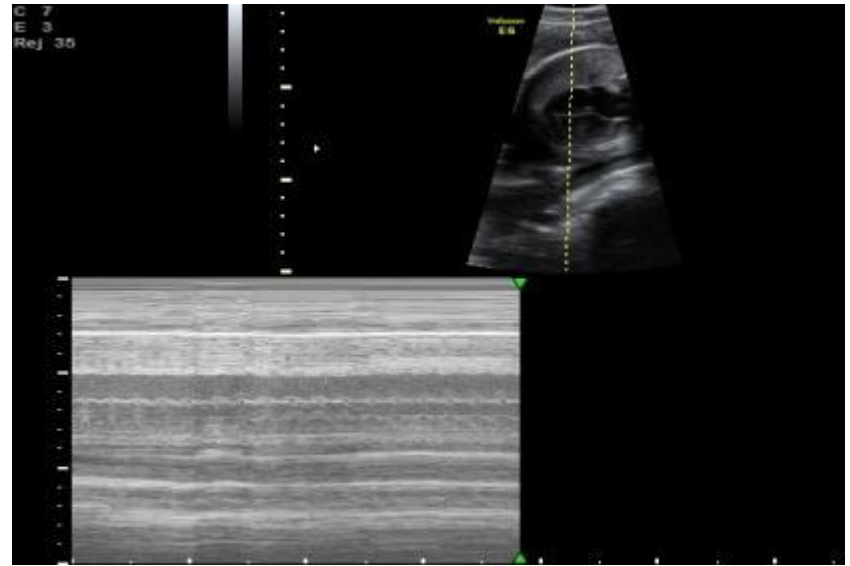
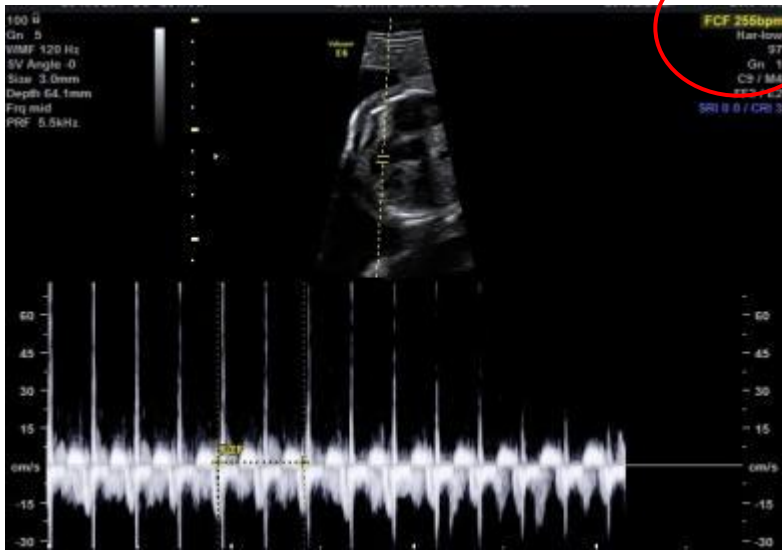
Mireia Teixidor Noguer

Pedro Corzo Orantos

Hospital Dr. Josep Trueta

Cas

- Gestant de 22+6 SG. 28 anys. Derivada per arítmia fetal.
- No AMC.
- AP: Rinoconjuntivitis + asma bronquial intermitent que no precisa medicació.
- IQ: amigdalectomia i adenoïdectomia.
- AGO: TPAL 0-0-0-0
DUR: 16/07/2016
- Controls gestacionals:
 - Ecografia de 1r trimestre sense alteracions.
 - Cribatge de 1r Trimestre de baix risc.
 - Serologies negatives. Toxoplasma no immune i rubèola immune.
- Ecografia de 2n Trimestre (a les 20+2 SG) sense alteracions.
- Ecografia 22+6 SG: fetus únic, presentació podàlica, BCF+, LA normal, placenta NI. No signes hídrops. En el moment de l'exploració FCF rítmica.
- 23+3 SG: Extrasístoles Supraventriculars. Es programa control en 2 setmanes.
- 25+3 SG: Diagnòstic d'ARÍTMIA



Taquicàrdia SupraVentricular



Evolució

22+6 SG
1a visita. No
arrítmia

25+3 SG
Diagnòstic de
TPSV. Vessament
pericàrdic i
ascites

25+5 SG FC
rítmica a 180-
250.
Disminució de
vessaments

26 +2 SG
Ritme sinusal

29+6 SG
Ritme sinusal.
No vessament
pericàrdic

33+2 SG.
Última visita
Estable

23+3
Extrasístoles
Supraventriculars

25+3 SG
Inici
Tractament

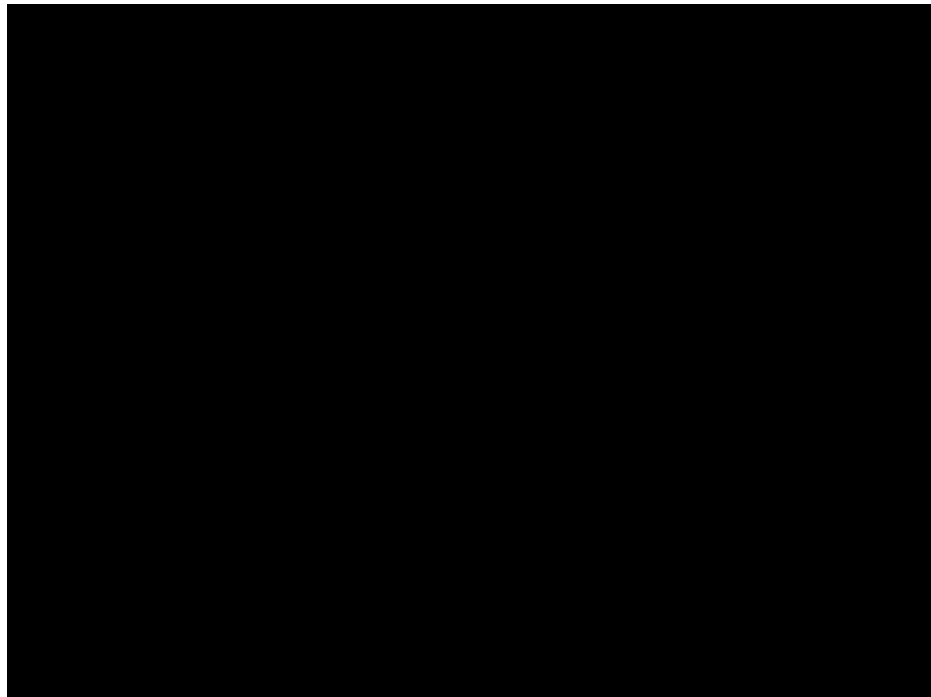
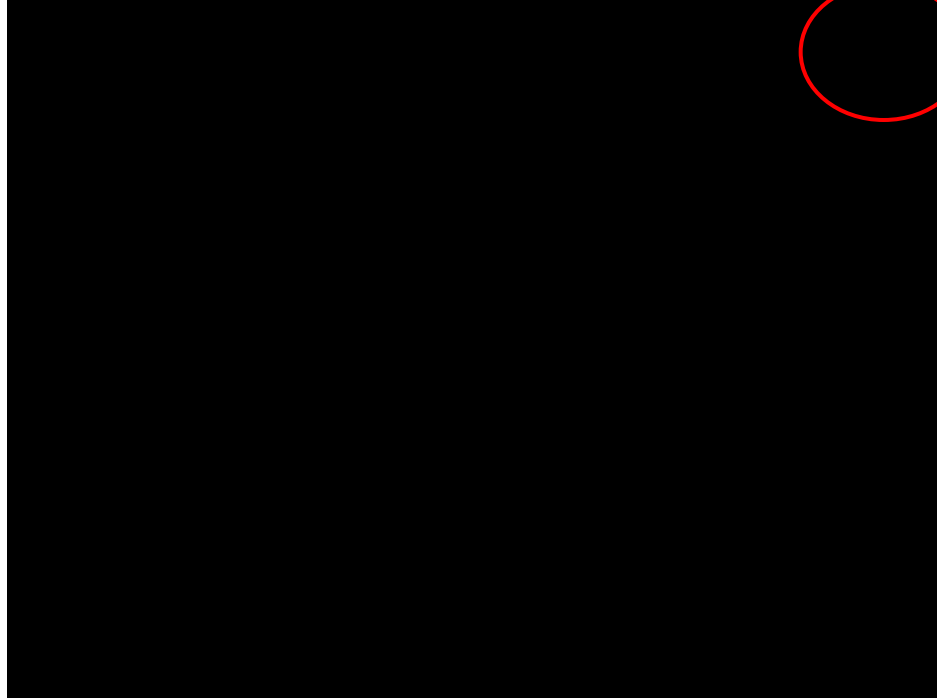
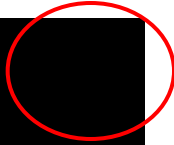


Digoxina
Flecainida

26 SG Alterna
períodes de
ritme sinusal
amb
extrasístoles

26 +5 SG.
Ritme
sinusal. No
Ascites.
ALTA.

32+6 SG.
STOP
tractament
antiarítmic



Conclusions

- Patologia poc freqüent (1-2%).
- La TPSV és la més freqüent.
- Repercussió amb morbi-mortalitat (amb hídrops > 30% de mortalitat). Patologia amb alt risc d'insuficiència cardíaca i hídrops.
- Mecanisme més freqüent: reentrada a nivell del nòdul AV.
- S'han de descartar malformacions cardíacques associades.
- Ritme Regular entre 220-260 bpm. FCF crítica: > 210 bpm.
- La progressió a Insuficiència Cardíaca i hídrops fetal depèn del temps d'evolució.
- Sol aparèixer a partir de les 32 SG.
- No Estudis Clínics Randomitzats respecte al tractament.
- Importància de diagnòstic i tractament precoç (SEMPRE).
- Diagnòstic: ecocardiografia (amb Mode M i Doppler).

- Tractament d'elecció, en funció de hídrops:
 - Ambulatori: Digoxina
 - Ingrés: Digoxina + Flecainida (derivació a Hospital de Tercer Nivell)
- Cardioversió de > 90% si no hi ha hídrops, i del 70% si hi ha hídrops.
- L'hídrops pot tardar entre 2-4 setmanes a desaparèixer.
- Moment i via del part:
 - Vaginal
 - A terme si no hídrops.
 - Si no es controla el ritme cardíac i/o hídrops finalització (cesària)
- Pronòstic post-natal bo.
- 5-10% seqüeles neurològiques si hídrops associat.