

# Flutter auricular fetal refractario a tratamiento con Digoxina

**Gutiérrez Villegas, L<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Residente Ginecología y obstetricia  
Universidad de Antioquia  
luisa.gutierrezv@udea.edu.co

**Vargas Pulgarin, PA<sup>2</sup>**

<sup>2</sup>Ginecóloga y Obstetra  
Universidad de Antioquia

**Cortes Yepes, H<sup>3</sup>**

<sup>3</sup>Docente Ginecología y Obstetricia  
Universidad de Antioquia

## INTRODUCCIÓN

Las alteraciones en el ritmo cardíaco fetal se presentan en un 2% de las gestaciones. 10% de las arritmias fetales son potencialmente severas, comprometiendo la circulación fetal con posibilidad de evolucionar a insuficiencia cardíaca e hidrops. El riesgo de muerte está alrededor del 10% y el de secuelas neurológicas entre el 3-5%, siendo mayor la prevalencia en presencia de hidrops.

El Flutter auricular tiene una relación auriculoventricular mayor a 1 (generalmente 2:1 o 3:1) con una incidencia de 1/4.000 - 10.000 embarazos y aparece en el tercer trimestre de la gestación. El objetivo del tratamiento farmacológico transplacentario es la cardioversión a ritmo sinusal o disminución de la frecuencia cardíaca para reducir el riesgo de falla cardíaca e hidrops.

Se realiza una revisión sistemática de la literatura y se presenta el caso clínico con aval del comité de ética, protegiendo la identidad de la paciente.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Primigestante sin factores de riesgo, embarazo de 32+2 semanas, remitida para evaluación por taquicardia fetal. Ecocardiografía compatible con flutter auricular, frecuencia auricular hasta 361 lpm y respuesta ventricular rápida entre 170-193 lpm, pequeño derrame pericárdico sin hidrops fetal. Ecocardiografía y ECG maternos normales. Tratamiento con digoxina, impregnación de 0.5 mg IV cada 8 horas por 2-3 días, posteriormente 0.2 mg VO cada 8 horas como sostenimiento, con buena tolerancia materno fetal. Se logró modulación de la frecuencia ventricular entre 160-180 lpm por 4 días, volviendo a presentar una frecuencia auricular >390 lpm y una frecuencia ventricular >200 lpm, sin signos de hidrops ni de falla.

Se indicó amiodarona 200 mg cada 4 horas por falla al tratamiento con digoxina logrando una adecuada modulación de la respuesta ventricular. Finalización de la gestación a la semana 38, recién nacido con adaptación neonatal espontánea, ECG normal, ecocardiograma normal.

## RESULTADOS

No existen protocolos de tratamiento definidos basados en estudios aleatorizados para el manejo del flutter auricular. Los fármacos más utilizados son la digoxina, la flecainida y el sotalol. La digoxina tiene una tasa de cardioversión a ritmo sinusal entre el 50-100% de los casos en ausencia de hidrops y <20% en presencia de hidrops. En caso de no respuesta se requiere modificación del esquema de tratamiento transplacentario, aumentando la dosis del fármaco de elección o iniciando un antiarrítmico de segunda línea; la administración del antiarrítmico fetal debe ser directo vía umbilical o IM. La finalización de la gestación debe ser coordinada con cardiología. Debe hacerse seguimiento materno mediante ECG y niveles plasmáticos.

## CONCLUSIONES

El flutter auricular es una taquiarritmia de baja prevalencia en el periodo antenatal, en general es bien tolerada y tiene buena respuesta a la cardioversión farmacológica. El predictor individual más importante de resultados adversos es la presencia de hidrops.

## PALABRAS CLAVES

Arritmia fetal, hidrops, flutter, cardioversión