

Taquicardia supraventricular fetal tratada con flecainida transplacentaria: reporte de caso

Fetal Supraventricular Tachycardia Treated with Transplacental Flecainide: A Case Report

Pilar Antonia Casas-Cordero Menéndez*^{ID}, Nicolás Felipe Carrasco Figari^{ID}, Matías Ignacio Riquelme Venegas^{ID},
Diego Octavio Espinosa Núñez^{ID}, Daniela Catalina Arancibia Contenta^{ID}



REVISTA ANDES

Citar como: Casas-Cordero Menéndez, Carrasco Figari N, Riquelme Venegas M, Espinosa Núñez D, Arancibia Contenta D. Taquicardia supraventricular fetal tratada con flecainida transplacentaria: reporte de caso. *Revista Andes* [Internet]. 2026 [citado el 10 de junio de 2026]. Disponible en: <https://revista-andes.cl/ojs/index.php/inicio/article/view/98>

Recibido : 30/03/2026

Aceptado : 22/05/2026

Publicado : 10/06/2026



© Los autores, 2026.
Este es un artículo publicado de acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

No se declaran fuentes de financiamiento.

*Correspondencia:
Pilar Casas-Cordero M.
paccm05@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: Las arritmias fetales se presentan en 1–2% de los embarazos; sin embargo, sólo una minoría tiene repercusión clínica significativa. La Taquicardia Supraventricular (TSV) es la taquiarritmia fetal más frecuente y puede asociarse a compromiso hemodinámico, insuficiencia cardíaca fetal e hidrops si no se diagnostica y trata oportunamente. El diagnóstico mediante ecocardiografía fetal y tratamiento transplacentario son fundamentales para mejorar el pronóstico. Se describe el diagnóstico, tratamiento y evolución clínica de una TSV fetal, seguido de una revisión del manejo recomendado. **Metodología:** Se presenta caso de primigesta de 29 años cursando embarazo de 25+1 semanas por sospecha de restricción de crecimiento fetal. El diagnóstico de TSV sin hidrops se realizó mediante ecocardiografía y se indicó hospitalización, evaluación cardiológica materna y tratamiento transplacentario con Flecainida, con seguimiento clínico y ecográfico seriado. **Resultados:** Tras iniciar Flecainida, se logró normalización de la frecuencia cardíaca en 5 días, sin efectos adversos maternos. El seguimiento evidenció crecimiento fetal y Doppler normales. A las 31+3 semanas presentó recurrencia asociada a amenaza de parto prematuro, tratada con tocólisis y maduración con corticoides, con evolución favorable. **Discusión:** El tratamiento farmacológico transplacentario constituye la estrategia de elección en la mayoría de los casos, siendo la Flecainida una alternativa de primera línea por su alta eficacia y adecuada biodisponibilidad fetal. **Conclusión:** La TSV fetal es una condición potencialmente grave que requiere diagnóstico oportuno. El tratamiento transplacentario con Flecainida es una opción eficaz y segura, especialmente en ausencia de hidrops fetal.

Palabras clave: *Taquicardia Supraventricular Fetal, Arritmia Fetal, Flecainida.*

ABSTRACT

Introduction: Fetal arrhythmias occur in 1–2% of pregnancies; however, only a minority have significant clinical repercussions. Supraventricular tachycardia (SVT) is the most frequent fetal tachyarrhythmia and may be associated with hemodynamic compromise, fetal heart failure, and hydrops fetalis if not diagnosed and treated promptly. Diagnosis by fetal echocardiography and transplacental treatment are essential to improve prognosis. We describe the diagnosis, treatment, and clinical course of fetal SVT, followed by a review of recommended management. **Methodology:** 29-year-old primigravida at 25+1 weeks of gestation referred for suspected fetal growth restriction. The diagnosis of SVT without hydrops fetalis was made by fetal echocardiography. Hospitalization, maternal cardiologic evaluation, and transplacental treatment with Flecainide were indicated, with serial clinical and ultrasound follow-up. **Results:** After initiating Flecainide, normalization of the fetal heart rate was achieved within 5 days, without maternal adverse effects. Follow-up demonstrated normal fetal growth and Doppler ultrasound findings. At 31+3 weeks, the patient presented recurrence associated with threatened preterm labor, which was managed with tocolysis and antenatal corticosteroid therapy, with favorable maternal and fetal outcomes. **Discussion:** Transplacental pharmacologic treatment is the strategy of choice in most cases, with Flecainide considered a first-line alternative because of its high efficacy and favorable fetal bioavailability. **Conclusion:** Fetal SVT is a potentially serious condition that requires timely diagnosis and management. Transplacental treatment with Flecainide is an effective and safe option, especially in the absence of fetal hydrops. This case highlights the importance of a multidisciplinary approach and serial ultrasound monitoring to optimize perinatal outcomes.

Keywords: *Fetal Supraventricular Tachycardia, Fetal Arrhythmia, Flecainide.*

Introducción

Las arritmias fetales corresponden a alteraciones del ritmo cardíaco fetal que pueden presentarse en aproximadamente 1–2% de los embarazos. Sin embargo, solo cerca del 10% adquiere relevancia clínica y puede comprometer la salud fetal¹.

La mayoría de las arritmias fetales son hallazgos incidentales que no se asocian a anomalías estructurales cardíacas. No obstante, hasta un 10% de las taquicardias y aproximadamente la mitad de las bradicardias pueden relacionarse con cardiopatías congénitas².

Entre los factores de riesgo descritos para arritmias fetales se encuentran la presencia de anticuerpos maternos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB, el antecedente de bloqueo cardíaco congénito en embarazos previos y determinadas alteraciones en la posición cardíaca fetal³⁻⁸.

Ante el hallazgo de un ritmo cardíaco fetal anormal, se recomienda la derivación a una unidad especializada en medicina materno-fetal, donde se emplean diversas herramientas diagnósticas como ecografía bidimensional, ecografía en modo M, Doppler pulsado, cardiotocografía y electrocardiografía fetal^{9,10}.

Dentro de las taquiarritmias fetales (frecuencia cardíaca fetal >160 latidos por minuto), la taquicardia supraventricular (TSV) es la más frecuente, representando aproximadamente el 90% de los casos¹¹. Se caracteriza por frecuencias cardíacas fetales entre 220 y 260 latidos por minuto, con episodios que pueden ser intermitentes o persistentes¹².

En casos prolongados, la TSV puede provocar compromiso hemodinámico fetal, evidenciado ecográficamente por dilatación auricular, regurgitación valvular auriculoventricular, cardiomegalia, disfunción sistólica y, en etapas avanzadas, hidrops fetal no inmune¹².

El objetivo del tratamiento no es necesariamente restaurar de inmediato el ritmo sinusal, sino reducir la frecuencia cardíaca fetal a niveles que permitan mantener un gasto cardíaco adecuado y prevenir el desarrollo de hidrops fetal¹³.

El manejo terapéutico depende de múltiples factores, entre ellos la edad gestacional, la frecuencia cardíaca fetal, la presencia de hidrops y la respuesta al tratamiento inicial¹³⁻¹⁶.

A pesar de que la taquicardia supraventricular fetal ha sido ampliamente descrita, la experiencia publicada en centros latinoamericanos continúa siendo limitada, lo que justifica la comunicación de casos clínicos que contribuyan a fortalecer la evidencia regional.

Como objetivo de este reporte se busca enriquecer la casuística nacional, ya que la mayoría de los datos provienen de series internacionales, contribuyendo así a la elaboración de guías locales basadas en tratamientos avalados por la evidencia, además de contribuir en la formación y práctica de equipos clínicos dedicados a la medicina materno-fetal.

Desarrollo del Caso Clínico

Primigesta de 29 años con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico y condilomas tratados en 2023, cursaba embarazo de 25+1 semanas y fue derivada desde Atención Primaria de Salud a la Unidad de Medicina Materno-Fetal del Hospital Gustavo Fricke por sospecha de Restricción de Crecimiento Intrauterino con Doppler normal detectada en ecografía del segundo trimestre a las 23+1 semanas.

Se realizó evaluación ecográfica a las 25+1 semanas (*Imagen N°1*), que evidenció anatomía cardíaca fetal aparentemente normal y estudio Doppler dentro de rangos normales. Sin embargo, se registró frecuencia cardíaca fetal de hasta 257 latidos por minuto, alternando con episodios de bradicardia, sin signos ecográficos de insuficiencia cardíaca fetal.

Debido al hallazgo de taquicardia fetal persistente, la paciente fue hospitalizada para estudio y manejo. Durante la hospitalización se realizó reevaluación ecográfica que confirmó taquicardia supraventricular fetal con frecuencias auricular y ventricular de hasta 250 latidos por minuto, sin evidencia de hidrops fetal. Se solicitó evaluación por equipo de Cardiología para estudio materno previo al inicio de terapia antiarrítmica. Tanto electrocardiograma como ecocardiogramas maternos no mostraron alteraciones. Se inició tratamiento con Flecainida oral 100 mg cada 12 horas, observándose adecuada respuesta con normalización de

la frecuencia cardíaca fetal y episodios paroxísticos autolimitados de taquicardia a los cinco días, sin repercusión hemodinámica materna. Tras ocho días de hospitalización y estabilidad clínica, se decidió egreso hospitalario con seguimiento ecográfico semanal y control en Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico. Durante el seguimiento se registró crecimiento fetal adecuado, y volumen de líquido amniótico y Doppler fetal dentro de límites normales (*Imagen N°2*).



Imagen N°1. Registro ecocardiográfico fetal inicial con TSV fetal. Uso autorizado mediante consentimiento informado.



Imagen N°2. Ecocardiograma fetal ambulatorio a los 17 días de tratamiento. Uso autorizado mediante consentimiento informado.

A las 31+3 semanas de gestación, la paciente presentó episodio de descompensación con taquicardia fetal de 230 latidos por minuto (*Imagen N°3*) asociado a amenaza de parto prematuro y cervicometría de 17 mm, por lo que se decidió nueva hospitalización para optimización del tratamiento, administración de corticoides para maduración pulmonar fetal y tocólisis. La dinámica uterina cedió favorablemente y el control ecográfico no evidenció signos de insuficiencia cardíaca fetal.

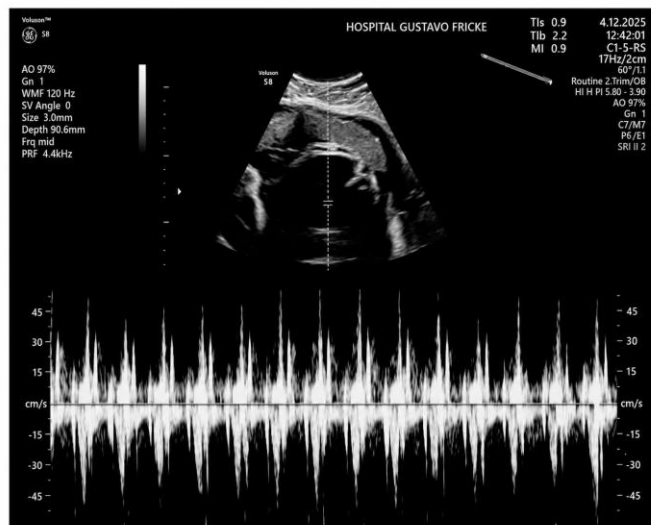


Imagen N°3. Registro ecocardiográfico fetal al segundo ingreso de la paciente, a los 44 días de tratamiento. Uso autorizado mediante consentimiento informado.

Discusión

Las arritmias fetales corresponden a alteraciones del ritmo cardíaco fetal cuya frecuencia normal se sitúa entre 110 y 160 latidos por minuto (lpm). Aunque la mayoría son benignas y transitorias, un pequeño porcentaje puede comprometer la estabilidad hemodinámica fetal¹⁷.

La TSV constituye la taquiarritmia fetal más frecuente, representando aproximadamente entre 65-75% de los casos. Su diagnóstico suele realizarse mediante ecografía fetal utilizando modo M y Doppler pulsado para evaluar la relación entre la actividad auricular y ventricular¹⁷⁻¹⁸.

Ante la sospecha de taquiarritmia fetal, es fundamental descartar causas extracardiacas, como anemia fetal, infección materna, enfermedad tiroidea, exposición a fármacos o compromiso del bienestar fetal¹⁸.

La ecocardiografía fetal, principalmente en modo M, continúa siendo la herramienta diagnóstica principal para caracterizar el tipo de arritmia, evaluar la función cardíaca y detectar la presencia de hidrops fetal¹⁹⁻²⁰.

La TSV fetal se caracteriza esencialmente por presentar un patrón de frecuencia cardíaca fetal aumentado, que se mantiene regular o fijo, es decir, con poca o ninguna variabilidad, capaces de presentar desaceleraciones variables que rápidamente vuelven al basal, en que algunas de ellas podrían corresponder a interrupciones temporales donde el ritmo se mueve a un rango de “normalidad” entre 100-160 lpm²¹.

Los hallazgos ecocardiográficos de la TSV fetal generalmente se caracterizan por presentar una relación auriculoventricular (AV) 1:1, con intervalos atrioventriculares generalmente normales; frecuencia cardíaca regular entre 220 y 260 lpm, que se presenta de forma intermitente, con inicio y finalización abrupta, pero puede prolongarse durante horas o días. Variaciones que traspasen esta norma o bien genere un cambio de patrón, sugieren aleteo auricular u otras arritmias²¹.

De igual manera, permite descartar otras taquiarritmias como diagnósticos diferenciales de la TSV, fundamental para poder orientar el tratamiento. El Flutter auricular, por ejemplo, se caracteriza por frecuencias auriculares de 300-600 lpm y, típicamente, bloqueo AV 2:1, que produce frecuencias ventriculares de 150-300 lpm con un patrón auricular en sierra en el trazado²⁰. Por otro lado, la taquicardia ventricular (TV) que no es frecuente de encontrar intraútero, suele asociarse con mayor frecuencia a anomalías miocárdicas como miocarditis, miocardiopatía o tumores intracardiacos²¹. Se manifiesta como una disociación de los eventos ventriculares y auriculares, con contracciones ventriculares que ocurren independientemente del ritmo auricular. Con una relación AV 1:1 fija en el modo M o Doppler prácticamente se excluye la TV²¹.

La presencia de hidrops fetal se asocia a mayor morbimortalidad, con tasas de mortalidad descritas entre 17-25%, en comparación con menos de 5% cuando no está presente¹⁹.

Actualmente no existen guías nacionales ampliamente difundidas para el manejo de la TSV fetal; sin embargo, diversos protocolos internacionales recomiendan el tratamiento farmacológico transplacentario cuando la taquicardia fetal supera los 180 lpm de forma sostenida o cuando existe hidrops fetal¹⁸.

Entre los fármacos más utilizados se encuentran Digoxina, Flecainida y Sotalol. En los últimos años, la Flecainida ha demostrado altas tasas de eficacia y buena biodisponibilidad transplacentaria, lo que la posiciona como una alternativa terapéutica de primera línea en múltiples centros especializados¹⁸. La Flecainida actúa bloqueando los canales de sodio y disminuyendo la conducción rápida del miocardio. Su adecuada biodisponibilidad fetal permite un control eficaz de la arritmia incluso en situaciones de hidrops¹⁷.

Estudios clínicos han demostrado una restauración efectiva del ritmo sinusal en el 43-85% de los fetos hidróticos, con un éxito aún mayor en fetos no hidróticos. Los niveles fetales del fármaco son de aproximadamente 90% de la concentración materna, reduciéndose ligeramente a 80% en casos de hidrops fetal²¹.

Además, diversos estudios reportan tasas de conversión a ritmo sinusal de 65-95% al administrar la Flecainida por vía transplacentaria, generalmente dentro de las primeras 48 horas a una semana desde el inicio de la terapia¹⁷⁻¹⁹.

En contexto de su farmacocinética y farmacodinamia favorables, evidenciado en la bibliografía, es que se ha sugerido la Flecainida como opción de primera línea de tratamiento para fetos con TSV con y sin hidrops²⁰.

En el caso presentado, la paciente respondió favorablemente al tratamiento con Flecainida dentro del rango de tiempo esperado, sin evidenciar complicaciones maternas ni fetales durante el seguimiento.

Conclusión

La taquicardia supraventricular fetal constituye la arritmia fetal más frecuente y puede asociarse a complicaciones graves si no se diagnostica ni se trata oportunamente.

El tratamiento farmacológico transplacentario representa la principal estrategia terapéutica en gestaciones pretérmino, permitiendo controlar la frecuencia cardíaca fetal y prevenir la progresión hacia insuficiencia cardíaca o hidrops fetal.

El presente caso reafirma la eficacia y seguridad de la flecainida como opción terapéutica en el manejo de la taquicardia supraventricular fetal sin hidrops, destacando la importancia del diagnóstico precoz, el manejo multidisciplinario y el seguimiento ecográfico estrecho. La ausencia de hidrops fetal y el inicio precoz del tratamiento antiarrítmico probablemente contribuyeron a la evolución favorable observada.

Referencias Bibliográficas

1. Donofrio MT, Moon-Grady AJ, Hornberger LK, Copel JA, Sklansky MS, Abuhamad A, et al. Diagnosis and treatment of fetal cardiac disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(21):2183-2242. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000437597.44550.5d>
2. Sridharan S, Sullivan I, Sharland G, et al. Fetal arrhythmias: diagnosis and management. *Prenat Diagn*. 2023;43(9):1112-1124.
3. Izmirly P, Kim M, Friedman DM, Costedoat-Chalumeau N, Clancy R, Copel JA, et al. Hydroxychloroquine to prevent recurrent congenital heart block in fetuses of anti-SSA/Ro-positive mothers. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(3):292-302.
4. Zhou KY, Hua YM. Autoimmune-associated congenital heart block: a new insight in fetal life. *Chin Med J (Engl)*. 2017;130(23):2863-2871.
5. Jaeggi ET, Silverman ED, Laskin C, Kingdom J, Golding F, Weber R. Prolongation of the atrioventricular conduction in fetuses exposed to maternal anti-Ro/SSA and anti-La/SSB antibodies did not predict progressive heart block: a prospective observational study on the effects of maternal antibodies on 165 fetuses. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57(13):1487-1492.
6. Brucato A, Cimaz R, Caporali R, Ramoni V, Buyon J. Pregnancy outcomes in patients with autoimmune diseases and anti-Ro/SSA antibodies. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2011;40(1):27-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12016-009-8190-6>
7. Huang Y, Deng J, Liu J, Yang F, He Y. Autoimmune congenital heart block: A case report and review of the literature related to pathogenesis and pregnancy management. *Arthritis Res Ther*. 2024;26(1):8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13075-023-03246-w>
8. Brito-Zerón P, Izmirly PM, Ramos-Casals M, Buyon JP, Khamashta MA. Autoimmune congenital heart block: complex and unusual situations. *Lupus*. 2016;25(2):116-128. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0961203315624024>
9. Broom E, Thomas JT, Petersen S, Gooi A, Ward C, Gardener G, et al. Management of fetal supraventricular tachycardia: case series from a tertiary perinatal cardiac center. *Fetal Diagn Ther*. 2022;48(11-12):794-800. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000519911>
10. Hinkle KA, Peyvandi S, Stiver C, Killen SA, Weng HY, Etheridge SP, Puchalski MD. Postnatal outcomes of fetal supraventricular tachycardia: a multicenter study. *Pediatr Cardiol*. 2017;38(7):1317-1323. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00246-017-1662-1>
11. Tsokkou S, Konstantinidis I, Anastasiou V, Matsas A, Stamoula E, Peteinidou E, et al. Fetal supraventricular tachycardia: what do we know up to this day? *J Pers Med*. 2025;15(8):341. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jpm15080341>
12. Bianchi A. Fetal arrhythmia. *Donald Sch J Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018;12(1):60-62. Disponible en: <http://doi.org/10.5005/jp-journals-10009-1553>
13. Batra AS, Silka MJ, Borquez A, Cuneo B, Dechert B, Jaeggi E, et al. Pharmacological management of cardiac arrhythmias in the fetal and neonatal periods: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2024;149(10):e937-e952. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001206>
14. Strasburger JF, Cheulkar B, Wichman HJ. Perinatal arrhythmias: diagnosis and management. *Clin Perinatol*. 2007;34(4):627-652.

15. Simpson LL. Evaluation of fetal health and defects. In: *Protocols for High-Risk Pregnancies*. 2015. p. 470.
16. Jaeggi ET, Carvalho JS, De Groot E, Api O, Clur SAB, Rammeloo L, et al. Comparison of transplacental treatment of fetal supraventricular tachyarrhythmias with digoxin, flecainide, and sotalol: results of a nonrandomized multicenter study. *Circulation*. 2011;124(16):1747-1754. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.026120>
17. Saad AF, Monsivais L, Pacheco LD. Digoxin therapy of fetal superior ventricular tachycardia: are digoxin serum levels reliable? *Am J Perinatol Rep*. 2016;6(3):e272-e276. Disponible en: <http://doi.org/10.1055/s-0036-1586241>
18. Carvalho JS. Fetal dysrhythmias. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;58:28-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.01.002>
19. Ortiz EM, Agudelo JF, Velásquez J, Arévalo EF. Arritmias en la paciente embarazada. *Rev Colomb Cardiol*. 2017;24(4):388-393.
20. International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG). Fetal tachycardia [Internet]. London: ISUOG.
21. Wacker-Gussmann A, Strasburger JF, Cuneo BF, Wakai RT. Diagnosis and treatment of fetal arrhythmia. *Am J Perinatol*. 2014;31(7):617-628. Disponible en: <http://doi.org/10.1055/s-0034-1372430>