

Trabalhos Científicos

Título: Neonato Com Flutter Atrial Intrauterino E Insuficiência Renal

Autores: GABRIEL AMARAL STANGHERLINI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), MARIA GABRIELA PANIZ BACEDO (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), CRISTINA LOCATELLI BARCAROL (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), LUCIANE BOEIRA AMARAL (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), VANDREA CARLA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), JAQUELINE DE LIMA PAIM (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), HELENA CASAGRANDE KUZLI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), EDUARDA SONDA DE GODOY (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), CLARA SALLES BIAVASCHI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), ANA PAULA AGOSTINI (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL)

Resumo: Introdução: As taquiarritmias fetais apresentam frequência cardíaca acima de 180 bpm. O flutter atrial (FLA) é raro, entre 20–33% das taquiarritmias fetais e caracteriza-se por frequência atrial de 400–600 bpm, com condução ventricular variável (bloqueio 2:1, 3:1 ou 4:1) e frequências ventriculares entre 150–250 bpm. São emergências médicas, exigindo diagnóstico e tratamento precoces em serviços especializados.
Objetivos: Paciente, feminina, 21 anos, com 31 semanas e 5 dias, transferida para investigar taquicardia fetal. A ecocardiografia inicial demonstrou flutter com bloqueio 2:1, FC atrial de 406 bpm e ventricular de 192 bpm, com insuficiência mitral e sem hidropsia. Iniciou sotalol 80mg 8/8h, até 480mg/dia, sem melhora, recebeu digoxina 0,50mg 8/8h, mas apresentou efeitos colaterais. A ecocardiografia fetal com 34 semanas mostrou cardiomegalia, insuficiência mitral, derrame pleural e possível ascite, descartada após o parto. A gestação foi interrompida e o tratamento escolhido foi cardioversão elétrica do neonato, nas primeiras 24h. T.L.A.B., masculino, 34 semanas, 2755g, necessitou reanimação em sala de parto. Admitido na UTI Neonatal, ECG confirmou FLA, realizada cardioversão elétrica (1 J/kg), com reversão completa para ritmo sinusal. Apresentou parada cardiorrespiratória (PCR), foi reanimado e manteve ritmo sinusal com frequência cardíaca de 144 bpm. Evoluiu com anúria persistente e necessidade de diálise peritoneal precoce. Evoluiu com quiloperitônio, infecção urinária, plaquetopenia e colestase e hemorragia intracraniana de grau I. Recebeu Alta após 58 dias, estável em ar ambiente, com dieta por via oral especializada e seguimento multidisciplinar.
Metodologia:
Resultados:
Conclusão: Mesmo com sotalol e digoxina maternos, não houve reversão do ritmo intraútero, mantendo frequências ventriculares elevadas, sobrecarga hemodinâmica e evolução para hidropsia. A insuficiência mitral associada provavelmente resultou da dilatação atrial e sobrecarga. A literatura mostra que a gravidade da taquiarritmia e a frequência ventricular estão mais relacionadas ao risco de hidropsia que o tipo de arritmia. O neonato apresentava coração estruturalmente normal, achado comum no FLA fetal, que se diferencia de outras arritmias por menor associação a malformações. A insuficiência renal aguda possivelmente decorreu do baixo débito cardíaco intraútero somado à repercussão hemodinâmica da PCR. A persistência da arritmia fetal levou a comprometimento hemodinâmico e lesão renal. A cardioversão elétrica precoce mostrou-se eficaz e raramente apresenta recorrência, ao contrário da taquicardia supraventricular. Apesar das intercorrências, a abordagem intensiva e multidisciplinar garantiu a sobrevivência. O caso ressalta a importância do diagnóstico precoce, da intervenção rápida em centros especializados e da vigilância prolongada frente ao risco de sequelas renais e neurológicas.