

Paciente de 18 años, asmática, embarazada con diagnóstico de WPW – 2000

Dr. Pablo Viana

Estimados colegas: les agradecería que me hicieran llegar sus opiniones sobre el siguiente caso.

Paciente de 18 años, asmática, con diagnóstico de WPW, cursando 1ª gesta de 8 semanas, con episodios recurrentes de TPSV ortodrómica que se ha cancelado con Verapamil en más de una oportunidad.

El ECG luego de la taquicardia muestra ritmo auricular bajo con intervalo PR corto, onda delta, QRS ancho y trastornos de la repolarización, compatibles con el diagnóstico ya mencionado. La onda delta es negativa en V1, DII, DIII y aVF (¿vía en VD posteroseptal?). Tiene pendiente ecocardiograma.

Las interrogantes que me surgen son ¿qué riesgos tiene para el feto la exposición a rayos X del EEF para ablación posterior? De tener que diferirse éste procedimiento: ¿usarían drogas? ¿Cuáles?

Según he leído la propafenona aparte de no recomendarse en el embarazo, no se recomienda en asmáticos; la flecainida no se recomienda por el embarazo; la amiodarona idem a lo cual se suma el potencial de fibrosis pulmonar en una paciente asmática. Agradezco desde ya sus comentarios y sugerencias

Dr. Pablo Viana

Montevideo

OPINIONES DE COLEGAS

Prezado Colega Pablo Viana de Mondevideu

Lhe responde a suas indagações Andres R Pérez Riera de SP Brasil.

Desejo responder cronologicamente as mesmas:

1) primeira pergunta: que riesgos tiene para el feto la exposicion a rayos X del EEF para abalção?

R: o potencial do risco de exposicion é estimado assim: Se absorve em média no procedimento 2,5 REM nas mamas, 2.0 REM na medula óssea ativa, 7,5 REM nos pulmões.

Exposicion de 60 minutos poderiam aumentar por 100.000. de pacientes: a 150 cancer de mama em mulheres, 120 tumores malignos de medula e 710 de pulmão.

O risco aumentado de anormalidades autosomicas dominantes na primeira geração é de 5 a 35 casos por 1 milhão de nascidos vivos por absorcao de REM. (Calkins H, Niklason L, Souza J, et al.: Radiation esposure during radiofrequency catheter ablation of accessory atrioventricular connections Circulation 84:2376-2382,1991).

O WPW com TSV com reentrada atrioventricular por via acessória costuma apresentar maior refratariedade à terapêutica clínica. Em geral são mulheres não cardiopatas, com história de longa data e em 90% dos casos são ortodrómicas por macro-reentrada, reciprocante ou reentrante: utiliza a via normal em forma anterógrada e o feixe em

paralelo em forma retrógrada, dando como resultado um QRS estreito e movimento em círculo horário.

A gestação costuma aumentar a frequência das crises por mecanismos controversos: aumento da sensibilidade do receptor as catecolaminas circulantes, hipertono simpático pelo receio das repercussões sobre o feto, maior grau de ansiedade. Este hipertono simpático favorece a instalação e aumenta a frequência e severidade das crises: (Widerhorn J, Widerhorn ALM, Raahimtoola SH, Elkayam U. WPW syndrome during pregnancy: increased incidence of supraventricular arrhythmias. Am Heart J 1992; 123: 796-798).

Quanto ao seu comentário do ECG: delta negativa em V1 e nas inferiores sugere WPW tipo B (feixe anômalo entre AD e VD). Seria de aqueles WPW que podem originar diagnóstico diferencial aos colegas menos avisados com bloqueio de ramo esquerdo (complexos predominantemente negativos em V1) e com área eletricamente inativa inferior (QS ou Qr nas inferiores)?.

Os WPW tipo B podem ser:

A) De parede livre (ponto 2 de Gallanger) pre-excitação anterior direita.

B) De região septal ou para-septal anterior direta ou esquerda (pontos 1 e 10 de Gallanger): pré-excitação para-septal anterior ou ântero-septal.

As formas com extremo desvio do AQRS a esquerda com Q nas inferiores são de parede livre ao passo que as sem desvio do AQRS são septais.

Por tanto, seu caso não deve ser pósterio-septal como interroga. Se fosse pósterio-septal, a ativação se faria de trás para frente e originaria delta positiva em V1.

Para que tenhamos mais elementos é necessário que o senhor nos diga:

1) ¿onde está localizado o AQRS?

2) ¿Como é a morfologia das esquerdas: DI, aVL, V5 e V6?

3) ¿Como são as transicionais V2 a V4? ¿Em fim pode descrever-lhas?

Pode fazer assim: DI: R puro, DII: Qr, DIII : QS etc.... Desta forma poderemos dizer onde estaria localizado o feixe anômalo.

Faz algum tempo elaborei uma classificação eletro-vetorcardiográfica do WPW me baseando fundamentalmente nos pontos de Gallanger e num levantamento de minha clínica particular.

Existe confusão na nomenclatura porque há várias classificações eletrocardiográficas e vetorcardiográficas do WPW. As mais significativas são:

1) Classificação de Rosenbaum: Tipos A e B (clássica).

2) Rosenbaum ampliada: Tipos A, B e C (esta última possui o feixe de anômalo localizado na região lateral esquerda da parede livre do VE, no PONTO 8 de Gallanger).

3) Classificação Européia: Tipo I, II e III (O Tipo A corresponde ao TIPO II Europeu, o Tipo B ao tipo I o Tipo C ao III).

4) Classificação de Lindsay: os divide em regiões: I a IV

5) Classificação de Gallanger: mostra os pontos: do 1 ao 10

6) Classificação minha (só aceita por mim) = a de Gallanger acrescida da médio-septal: 11 variedades.

A classificação proposta é a seguinte:

TIPOS ELETRO-VETORCARDIOGRÁFICOS DE WPW

A) POR FEIXES PARIETAIS OU DE PAREDE LIVRE:

I) DO VENTRÍCULO DIREITO

1) Pré-excitação anterior direita ou ântero-lateral.

2) Pré-excitação lateral direita.

3) Pré-excitação posterior direita.

II) DO VENTRÍCULO ESQUERDO

4) Pré-excitação posterior esquerda.

5) Pré-excitação lateral esquerda.

6) Pré-excitação anterior esquerda ou ântero-lateral esquerda.

B) POR FEIXES DE LOCALIZAÇÃO SEPTAL:

7) Pré-excitação para-septal anterior ou ântero-septal.

a) direita.

- b) esquerda.
8) Pré-excitação para-septal posterior ou póstero-septal.
a) direita.
B) esquerda.
9) Pré-excitação médio-septal.

Se me passa os dados do traçado nas 12 derivacoes posso dizer com bastante certeza o tipo que corresponde.

Quanto ao manuseu farmacológico em situações não críticas, sem importante comprometimento hemodinâmico, (hipotensão, angor, edema agudo de pulmão e na síndrome de Wolff-Parkinson-White com alta taxa de resposta ventricular) poderia usar apenas as drogas da classe IA. cinética intermediária Quinidina, procainamida, disopiramida) .

Lorga recomenda a procainamida pela via endovenosa: em adultos: lenta 20mg/minuto até a supressão da arritmia sendo o máximo com dose de saturação 1000mg/dia (10 a 15mg/Kg). Como dose de manutenção 2 a 6mg/minuto. Uso na gestação: relativamente segura, mesmo assim, não é aconselhável o uso prolongado. Considerada droga de risco menor. Não se descreve teratogenicidade mesmo atravessando a barreira placentária e ao leite materno. Pode causar quadro de síndrome "lupus like". Categoria de risco: C da FDA. Relação materno/fetal: 0,28-1,32. Relação leite/plasma: 1.

Pode se dar aleitamento materno.

Quinidina: Efeitos colaterais na gestação para o binômio mãe/feto

Categoria de risco da FDA: C. droga de risco menor para o feto mesmo passando a barreira placentária e ao leite materno. Relação materno/fetal: 0,24-1.4. Relação leite/plasma: 0,6-0,9. O aleitamento materno é permitido.

Uso na gestação: pode ser usada sem problemas em dose terapêuticas mesmo atravessando a placenta e no leite materno.

Só em altas dose pode observar-se: acometimento do VIII par craniano com surdez no feto, trombocitopenia materno/fetal, aborto por aumento das contrações uterinas (discreto efeito ocitócico).

Drogas da classe IC: cinética lenta (Propafenona, flecainida, encainida etc): todas fora de cogitação no seu caso. Dentre outros, pelos motivos que voce mesmo mencionou.

Quanto amiodarona também fora no seu caso, porém, esta droga que parecia inicialmente um "cuco" para a gestante tanto que se classificou iniciamete como droga categoria X (risco elevado) hoje pertence a categeoria de risco D da FDA (risco moderado). Segura para a mãe, porém, mesmo passando pouco pela placenta (10 a 50%) no feto pode ocasionar em quase a metade dos casos crescimento retardado e conseqüente tamanho menor: 21% e prematuridade em 12% (Cox, J et. al. Prog. Cardiovasc. Dis.36:137-78, 1983), hipotireoidismo (em até 9% dos casos) QTc longo: 9%, CIV se usada no primeiro trimestre - seu caso- (Ovadia, M. et. al. Am. J. Cardiol. 73:316, 1994).

Na grávida com arritmia só empregada em caso de absoluta necessidade.

Considerada droga de risco moderado.

Andrés R. Pérez Riera
