

# Embarazada de 21 semanas – 2010

Dr. Álvaro Cormenzana

Dr.

Por favor le solicito si es posible la presentación del siguiente caso para que opine el foro

Paciente de 33 años con segundo embarazo de 21 semanas sin complicaciones, fue internada por presentar desde 45 minutos antes taquicardia con frecuencia cardíaca elevada, sin compromiso hemodinámico, TA de ingreso 90-70 mmHg. Además de la sensación de palpitaciones molestia en cuello y brazo izquierdo. Cedió espontáneamente luego de la realización del trazado electrocardiográfico.

Antecedente de presentar en forma frecuente episodios similares pero de muy corta duración.

Evaluada hace varios años con propuesta de ablación por presencia de un haz anómalo, negándose a realizarse el procedimiento en esa oportunidad. Nunca recibió tratamiento. Adjunto ECG de ingreso y el de 12 hs después. Laboratorio de rutina normal, troponina negativa hasta las 24 horas después.

Preguntaría

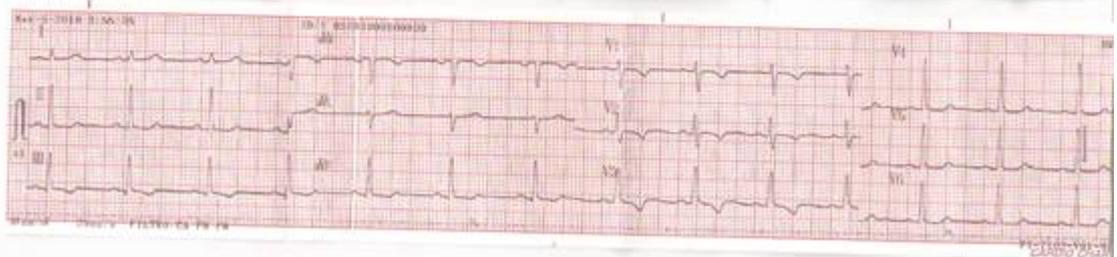
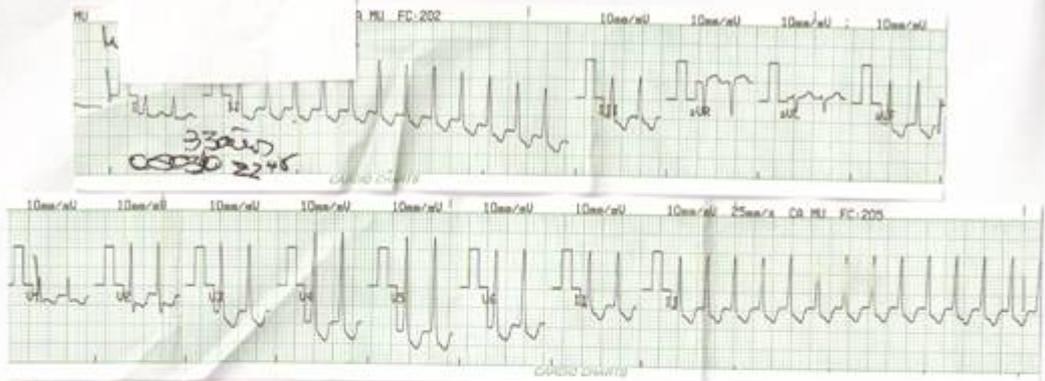
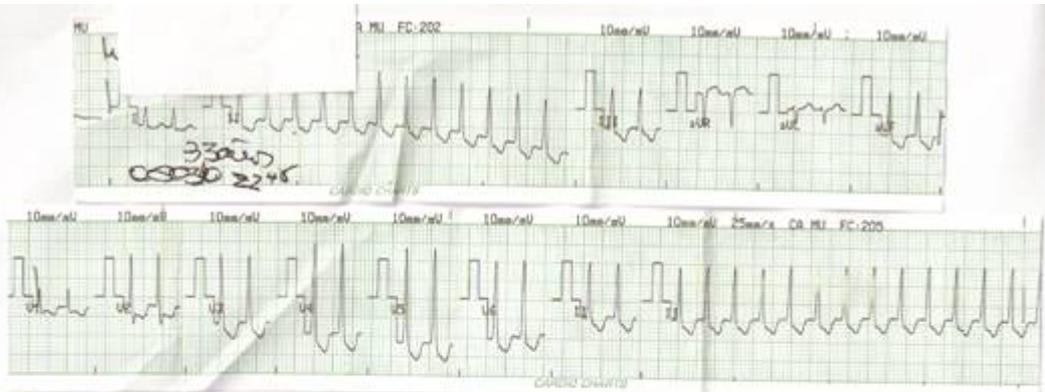
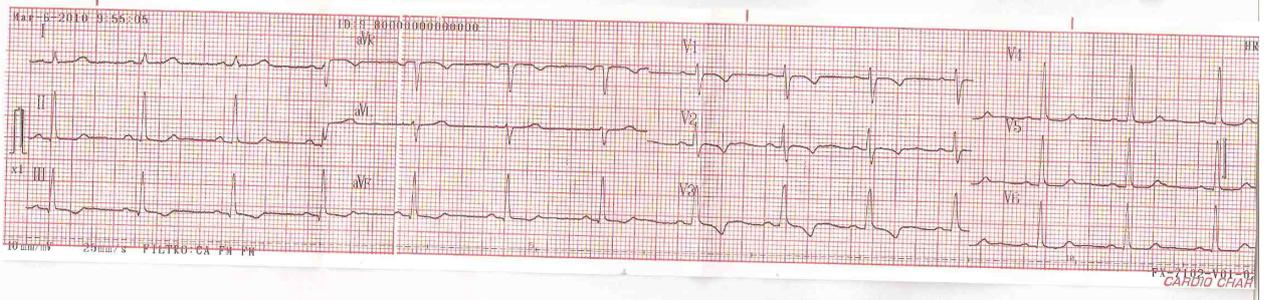
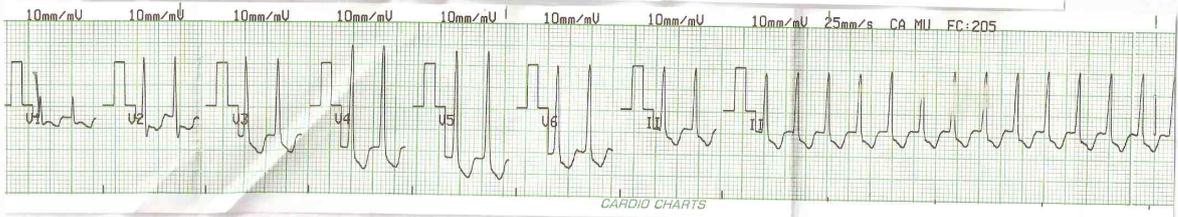
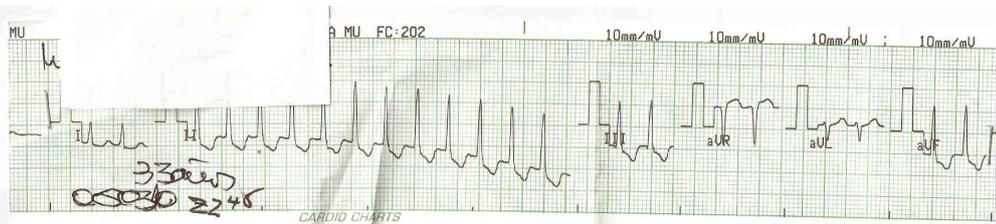
¿diagnóstico de la taquiarritmia y trastornos del ST asociados?

¿Qué tratamiento medicamentoso en la unidad coronaria se realizaría para revertir la arritmia?

¿Qué tratamiento se utilizaría para prevenir nuevos episodios?

Álvaro Cormenzana

Jujuy



---

## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Álvaro:

Presenta a mi entender una taquicardia QRS angosto, supraventricular, con onda P retrógrada a unos 110 ms, probablemente por una vía accesoria oculta.

Interpreto los síntomas en el contexto de la taquiarritmia. No creo que haya además un componente isquémico para pensar, el ECG tiene ese trastorno de la repolarización en precordiales derechas, el cual investigaría una vez concluido el embarazo, no ahora. Llama la atención el PR que tal vez uno lo esperaría un poco más corto, pero igual está dentro de rango normal.

A mi entender lo más importante sería contener a la paciente y si tiene episodios aislados y no sostenidos NO daría ninguna medicación antiarrítmica, y si no me quedara otra opción después del primer trimestre tentaría con propanolol, pero si puedo no le daría nada.

Creo que puede ser una paciente pasible de proponerle en un tiempo después (que disfrute del embarazo, parto y lactancia) el EEF y posterior ablación por catéteres (crio o radiofrecuencia de acuerdo al centro)

En casos de urgencia y taqui sostenida que deba ser trasladada, primero no descartaría siempre empezar con maniobras vagales y si no pasa nada, adenosina no está demostrado que cause nada en el feto, es de rapidísima acción y eliminación con una vida media de 7 segundos, y por esto mismo no está contraindicada durante la lactancia

Saludos,

Francisco Femenia

---

Como no escribo nunca porque me abruma con todo lo que saben solo quería comentar que como pediatra neonatóloga yo interpretaría como una TSV ,

Usaría la adenosina en caso que no revierta con maniobras vagales y no usaría ningún antiarrítmico en forma prolongada.

Adjunto una referencia sobre la adenosina y preguntarles si están de acuerdo?

## **Adenosina** (Sociedad Española de Cardiología)

La adenosina ha demostrado ser segura y eficaz en la terminación de TSV. El hecho de que se trate de un nucleósido endógeno, su efecto rápido, su vida media corta (< 10 s), la brevedad de sus efectos secundarios y la probable ausencia de Paso a través de la placenta por el referido corto tiempo de eliminación hace que se haya considerado como el tratamiento más indicado en embarazadas. Esta impresión parece corroborada por la experiencia clínica, aunque se encuentra limitada al segundo y tercer trimestres. La adenosina se ha utilizado con éxito para tratar taquicardias durante el trabajo del parto. Algunos efectos adversos, sin trascendencia, fueron el incremento de la actividad uterina, hipotensión materna y bradicardia fetal, resueltos espontáneamente en pocos minutos. Se han observado también patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal, indicativos de distrés, en pacientes con taquicardias con repercusión hemodinámica, que se resolvieron tras el restablecimiento del ritmo normal con adenosina:

Aunque en el embarazo la actividad de la adenosín-desaminasa está reducida un 25%, la potencia del fármaco no aumenta debido a que los cambios en el aclaramiento son contrarrestados por el aumento en el volumen intravascular. La adenosina ha sido usada en el tratamiento de arritmias supraventriculares maternas, con dosis intravenosas de 6 a 24 mg, probablemente mayores de las que se requieren en pacientes no gestantes.

---

Querido Álvaro da bonita Jujuy - Argentina

O traçado de base não mostra PR curto nem QRS com delta o que me faz pensar na possibilidade de "WPW oculto" ("Canceled WPW syndrome" caracterizado por PR normal QRS normal a preexcitação está latente.

Durante o evento vemos

FC 214 lpm

QRS estreito

Entalhe (muesca) em la rampa descendente da T em varias derivações que corresponde a P' retrograda . Longe. Diagnóstico: **TPSV com macro-reentrada em forma**

**anterógrada pela via normal e retrógrada pela via em paralelo**

O diagnóstico diferencial deve ser realizado com TPSV por dupla via nodal

Neste caso a onda P' está o dentro do QRS ou modifica a parte final de este em V1 pode dar a falsa impressão de uma onda r' final tipo rSr' e final falsa.

Perante o fracasso das manobras vagais a droga de escolha para abortar o evento neste caso é adenosina.

**Taquicardias juncionais paroxística por reentrada (DiMarco JP, e col.; Ann. Intern Med. 113:104, 1990).** O efeito da droga nas taquiarritmias supraventriculares juncionais reentrantes ou recíprocas é comparável ao verapamil com a vantagem de possuir menos efeitos colaterais, maior velocidade de ação.

A eficácia da droga para abortar surtos de TPSV quando comparada com verapamil ou diltiazem é semelhante (**Hood MA, Smith WM: Adenosine versus verapamil in the treatment of supraventricular tachycardia, Am Hear J. 123:1543-1549, 1992).**

Segundo Di Marco PJ, daremos preferência a adenosina nas seguintes circunstâncias clínicas:

- 1) presença de hipotensão. Como tinha sua paciente,
  - 2) em fetos com taquiarritmias: A droga pode ser usada sem problema na gestante por ser segura para o binômio mãe /feto (**Afridi, I. e col.; Obstet. Gynecol. 80: 481-3, 1992**). Não possui efeito direto no feto quando administrada em bolo sendo de escolha nesta circunstâncias. Está sendo usada para as taquiarritmias fetais via cordocentese na veia umbilical (**Blanch, G, et. al. Lancet, 344: 1646,1994**).
- 6 mg (uma ampola) em bolo rápido com catéter central grosso. Se não se houver resposta em 2 minutos pode se fazer um bolo de 12 mg EV rápido.

**Vida média**

Extremamente curta: 6 segundos!!! (menor do que 10 segundos).

Resumo dos efeitos de adenosina nos canais cardíacos

	Maiores	Menores
Ações diretas (não necessitam de estimulação catecolamínica) aumenta a conductancia ao $K^+$ para dentro:	$K$ Ado (ausentes nos ventrículos)	$Ca^{++}$ -L $f$
Ações indiretas (necessitam de estimulação catecolamínica) Bloqueia:	$Ca^{++}$ -L $f$ $Ti$	$Cl^-$ $K-S$

E para evitar novos eventos flecainida. **Via Oral:** A dose inicial recomendada é de 100 mg 2 x dia. A cada 4 dias se aumenta 50mg até o controle. Dose máxima 200mg 2 x dia. (600 mg diariamente);  
Eficaz na prevenção de recorrências em pacientes com taquicardia supraventricular sintomática (1).

1) Henthorn RW, Waldo AL, Anderson JL, Gilbert EM, Alpert BL, Bhandari AK, Hawkinson RW, Pritchett EL. Flecainide acetate prevents recurrence of symptomatic paroxysmal supraventricular tachycardia. The Flecainide Supraventricular Tachycardia Study Group. *Circulation*. 1991; 83:119-125.

Estimado Alvaro:

El trazado impresiona una TPSV (QRS estrecho). Luego se aprecian muescas positivas dentro de la primera porción de la onda T más evidentes en precordiales. Midiendo la relación PR > RP y este último es menor a 0,08 seg. Lo cual orienta a **Taquicardia supraventricular con reentrada nodal lenta rápida**.

Para su reversión intentar primero masaje del seno carotídeo, si fracasa puede utilizarse Adenosina dado que por su vida media corta no se han documentado alteraciones del ritmo fetal.

El tratamiento preventivo dependerá de la cantidad de episodios y sintomatología que los mismos le provoquen.

Un saludo

Diego Fernández.

---