

Mujer de 29 años embarazada que presenta TPSV – 2012

Dr. Ricardo Paz

Pregunta al foro.

Paciente de 29 años, embarazo de 12 semanas, episodio de TPSV hace 2 días, revertida con 3 dosis de verapamil EV, ahora en ritmo sinusal con 70 lat x min, preexcitación en el ECG de reposo (les puedo enviar luego imagen), internada en sala de clínica médica. Asintomática. Episodios previos en otros embarazos(6° embarazo). Tratada con amiodarona pero discontinuada hace tiempo.

Conducta: ablación. . . (¿o no?)

Problema: puede llegar a demorar . . . ¡Mucho! (hospital público de Santiago del Estero)

Hasta tanto: ¿medicación hasta ablacion? ¿Labetalol? ¿Otra Droga?

¿medicación hasta el parto y luego ablación?

¿Depende de la ubicación de la vía?

¿Indicación de cesárea si no se ablaciona?

Gracias.

Ricardo Paz.

Santiago del Estero.

OPINIONES DE COLEGAS

Ricardo

Gran caso, merece publicación en Revista de la FAC.

Conducta

1. Necesitamos ver el ECG pero entiendo que es Taquicardia de QRS angosto. Como sugerís al final, la localización de la vía es TODO, porque si es una vía fácil (lateral izquierda o póst eroseptal derecha o izquierds) se pude ablacionar casi sin radioscopia. Pero si es ántero-septal, habrá que esperar.

2. Como está en primer trimestre, las drogas son más peligrosas. Las aprobadas por FDA son Labetalol (para tratamiento de preeclampsia) y Sotalol como antiarrítmico. Pero son ambas clase B (no hay clase A).

3. No hay necesidad de cesárea si no se ablaciona.

Un abrazo

Adrian Baranchuk

Hola a todos

Como neonatóloga tengo el concepto de que la ablación intra embarazo es la última opción y en casos severos.

En principio no condiciona la vía de parto. En la crisis las maniobras vagales suelen ser bien toleradas y la adenosina por su corta acción no tiene riesgos para el feto y de requerir cardioversión eléctrica se debe monitorear la frecuencia cardiaca fetal.

Se debe aconsejar el no uso de cafeína entre otras. La mayoría de los fármacos atraviesan la barrera placentaria por lo cual es crucial valorar siempre riesgo-beneficio.

Ver artículo

"Rita Rufo"

Me gustaría saber sobre la estabilidad de la paciente durante los episodios de TPSV. Supongo que solo ahora se ha manifestado el WPW, si es que lo tiene. Podría tratarse de dos vías (?). Ver los ECG sería ideal y así los expertos podrían determinar si es preexcitación o no.

En cuanto a la medicación se han de tener en cuenta los efectos sobre el feto en las 12 semanas. La amiodarona está contraindicada por hipotiroidismo, desarrollo tardío, parto precoz, riesgo de cierre de la fontanela. Yo no la daría bajo ningún concepto.

El isoptin (verapamilo) ha sido utilizado con éxito, pero existe el peligro del desarrollo del BAV congénito, hipotensión en la madre.

El medicamento más apropiado sería el sotalol, solo a dosis muy bajas, que no da efectos de teratogénicos.

Si existe un WPW con estabilidad hemodinámica, esperaríamos hasta el parto para hacer la ablación.

La cardioversión eléctrica es posible si existe inestabilidad hemodinámica.

Es un gran dilema el uso de antiarrítmicos durante el embarazo, pues dependiendo de la semana se deben cambiar por la afectación diferente de cada uno de ellos en las diferentes etapas del desarrollo.

La propafenona es otra opción. La he utilizado sin problemas después de los tres meses hasta la semana 30. En dosis muy bajas: 50mg al día.

Saludos,

Oswald Londono

Coincido 200% con la doctora Ruffo. Sin dudas hay que en algún momento entre los embarazos hacer la ablación con citación segura. Nada justifica la utilización de amiodarona sumaremos otro hipotiroideo mas a la lista

Saludos

Francisco Femenia

Hola a todos.

Si bien participo poco en el aporte de datos y opiniones, siempre estoy leyendo vuestros nutridos comentarios. La principal limitante como a muchos de ustedes les pasa, es el tiempo.

En este caso creo existe la posibilidad en centros que cuenten con sistema de Navegación 3 D, de realizar la ablación de TSV (principalmente vías) sin la necesidad de utilizar ni un minuto de radioscopía.

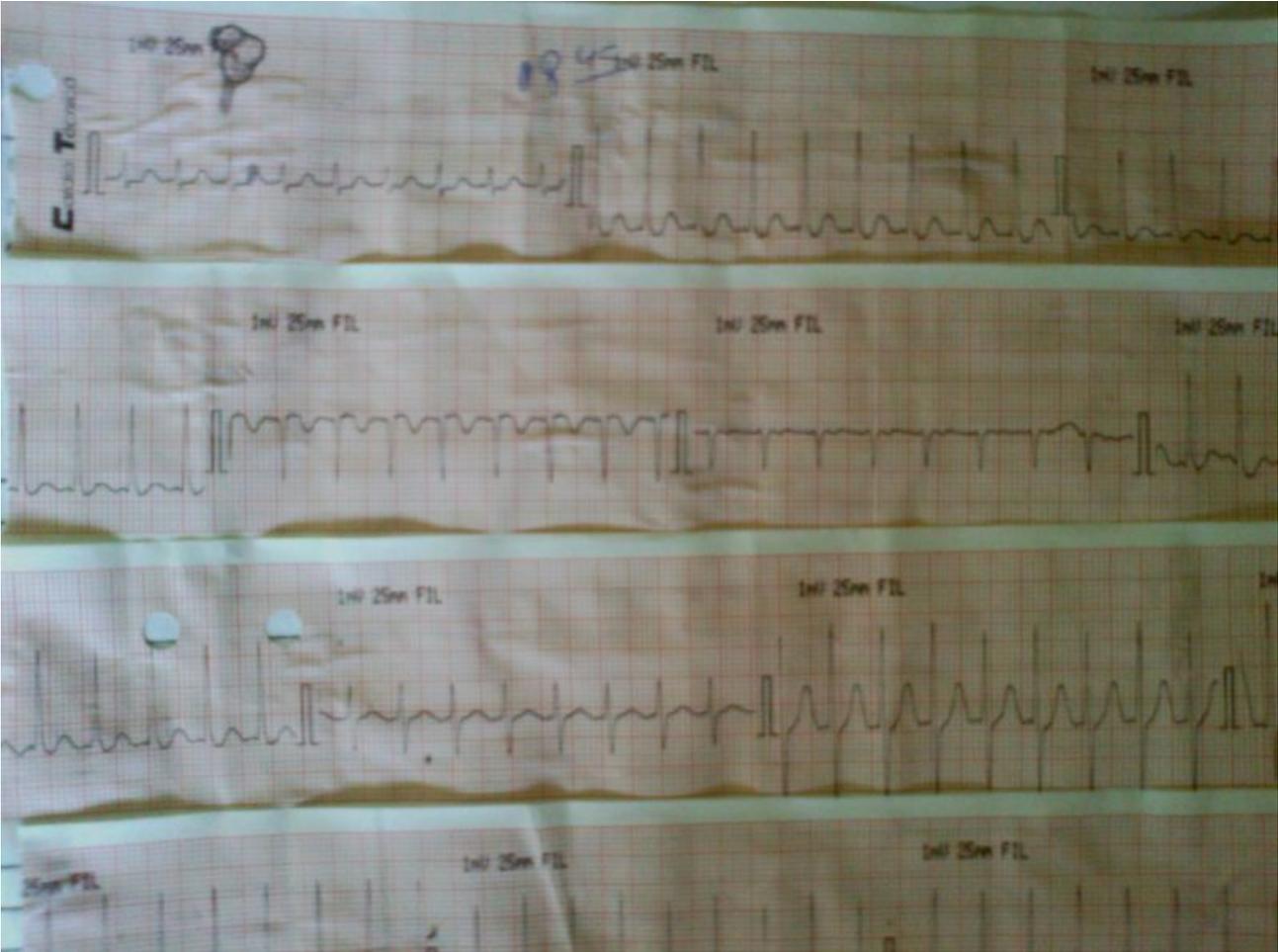
En nuestro grupo de trabajo tenemos en publicación una serie de TSV en pacientes embarazadas a las que se les realizó ablación sin la necesidad de radioscopía, realizado 100% con navegador y polígrafo y sin uso de fármacos. Por lo cual creo que en centros con experiencia es una alternativa eficaz y segura.

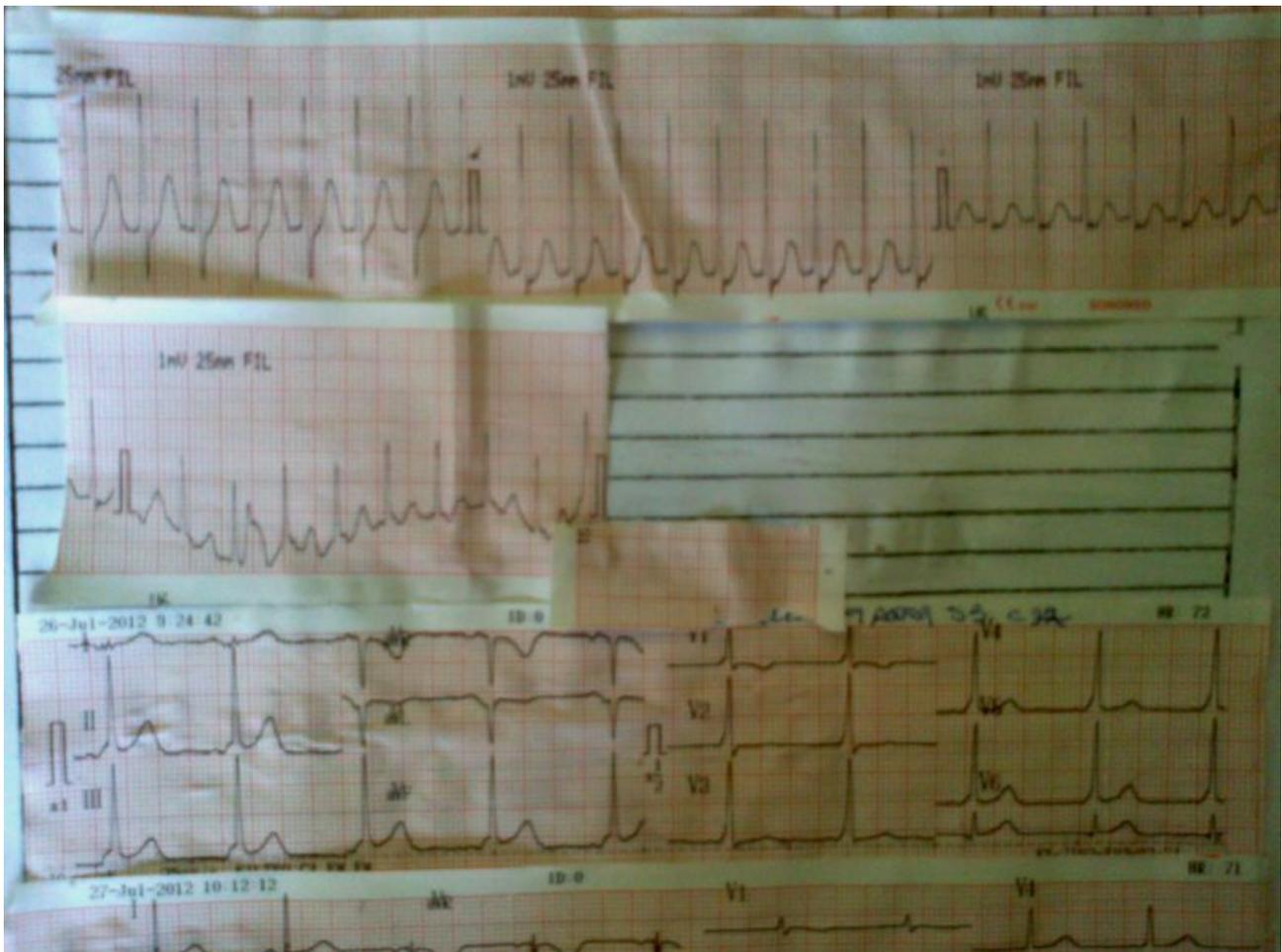
Aprovecho para dejar mis saludos al foro.

Jorge Figueroa

UAER - Hosp La Paz (Madrid)

Adjunto los dos trazados. ECG 1 con 77,9 Kg y ECG 2 con 82,1 Kg





Querido Ricardo

A pesar que las fotos solo permiten un poco de "electromancia", en en ECG 1 se ve una reentrada ortodrómica, que usa el nodo AV-His como brazo anterógrado y una via lateral izquierda como brazo retrógrado.

El ECG 2 confirma preexcitación anterógrada mediante una via lateral izquierda.

Como la paciente NO presento FA preexcitada, que seria, en caso de ser rápida, el criterio que la colega neonatóloga Rita Ruffo referia como criterio de alto riesgo, creo que el manejo podría ser conservador, usando Sotalol en dosis de 40 mg dos veces por dia,

midiendo el QTc a las 2 semanas de comenzado su uso.

La droga debiera suspenderse una semana antes del parto, para disminuir el riesgo de bradicardia fetal. Comenzaría su uso por lo menos una semana después de terminado el primer trimestre, donde la teratogenicidad es más alta.

El parto debe hacerse bajo monitoreo, pero cesárea no es necesaria.

Llevaría la paciente al laboratorio de EP a la semana siguiente del parto, y de esta manera la droga puede suspenderse y evitar pasaje por calostro.

NOTA: 1. si la paciente presenta otra crisis, el manejo ideal sería Adenosina, seguida de CV eléctrica en posición ant-posterior con la paciente en decúbito lateral izquierdo, para evitar compresión de la VCI por el útero. La técnica es sencilla y bien tolerada tanto por la madre como por el feto; 2. si la presentación es como FA rápida, luego de la CV haría una ablación, con chaleco plomado cubriendo el útero y en manos de expertos como los Dres Femenia de Mendoza o Aguinaga de Tucumán o Pozzer de Corrientes o de tantos otros de Buenos Aires, que no menciono para no herir susceptibilidades. Claramente, no sería un caso para colegas recién iniciados en la profesión, porque deben mapear el anillo mitral sin usar fluroscopía o usando la mínima cantidad posible.

Un abrazo y tenenos al tanto de este caso.

Adrián Baranchuk

Dr Ricardo

Como dice en ocasiones Adrian ... via diagnosticada, es vía que debe ser ablacionada

Riesgo durante el embarazo, es que siendo una via lateral o ánterolateral izquierda , pueda requerir de orientación parcial por Rx, aún cuando se haga en ambiente Ensyte o Carto ... el ambiente Ensyte o Carto en su totalidad, es muy complejo, con una mujer embarazada, ya que en ocasiones podrían necesitar de aproximación trans-septal para alcanzar bien la porción superior de la cara atrial izquierda cercano al plano mitral y en otras ocasiones lo hacen en forma retrógada transaórtica

Hacer el dibujo anatómico en Ensyte sería muy cómodo, solo sin Rayos X, pero el conseguir el sitio correcto de la ablación no creo que sea tan fácil y ameritaría

ocasionalmente una aproximación radiológica cosa que estaría algo limitada, aún con protección abdominal con plomo

Pienso que lo ideal sería salir del embarazo y después referirla y hacerlo cómodamente sin limitaciones en el abdomen.

Pienso que los Beta bloqueantes son buenos para mantener controladas las vías anómalas, sin evidencias de cardiopatía estructural.

Hasta donde conozco, no existe ninguna indicación cardiológica de cesárea solo existen indicaciones obstétricas

Saludos

Mauricio Rondón MD