

Mujer de 39 años con embarazo de 14 semanas con palpitaciones y presíncope – 2004/05

Dr. Francisco Femenia

Estimados amigos: les presento un caso de una paciente de 39 años cursando la semana 14 de embarazo, que ingresa a UCC por cuadro de palpitaciones y presíncope, se diagnostica una taquicardia con QRS ancho con imagen de BRD y HBA, que requiere cardioversión eléctrica por el compromiso hemodinámico.

Como antecedentes la paciente refiere un cuadro de enterocolitis 15 días antes de la consulta, y desde hace un año episodios de palpitaciones rápidas sin registro ECG algunas presincopales, como también ya que la paciente es médico internista episodios de taquicardia sinusal no relacionadas al esfuerzo. Fue estudiada hace 5 años por extrasistolia ventricular monomorfa sintomática en su primer embarazo, que cedieron espontáneamente sin tratamiento específico.

No refiere otro antecedente de importancia.

El día de su reciente internación se le realiza un ecocardiograma que demuestra un miocardio remodelado no dilatado con una fracción de eyección del 32%, aurículas normales, septo normal sin derrame pericárdico, enzimas cardiacas (CPK total 2300, CK mb 320, GOAT 115, LDH 620, troponina 160) hormonas tiroideas normales, virológico en curso hasta ahora normal. Se le han realizado seguimiento con ecocardiograma y la Fey actual está en 29%, la paciente continua asintomática. En monitoreo permanente se han registrado episodios de TVMNS.

En resumen estamos en presencia de una paciente de 39 años iniciando el segundo trimestre de embarazo con una probable miocarditis aguda con severo compromiso de la función ventricular izquierda y taquicardia ventricular.

¿Qué conducta tomarían? ¿Realizarían biopsia miocárdica? ¿Esperarían un tiempo prudencial de evolución? ¿qué conducta tomarían de persistir sin mejoría, con respecto al embarazo?

Muchas gracias

Francisco Femenia

OPINIONES DE COLEGAS

Muy interesante su caso pero desgraciadamente los datos resultan insuficientes para realizar una adecuada valoración de la paciente. Sino le molesta y no le resulta fastidioso me gustaría preguntarle algunas cosas que seguramente uds ya han evaluado pero yo desconozco.

1 En los ECG previos ¿la paciente presentaba algún trastorno de conducción previo? deduzco de lo referido por ud que la paciente presentaba taquicardia con QRS ancho monomorfa por lo que es difícil diferenciar la TSV con QRS ancho de la TV monomorfa sostenida y por la frecuencia me inclinaría por la primera en una mujer joven.

2. ¿las enzimas fueron obtenidas luego de la cardioversion? esto lo supongo ya que presentaba descompensación hemodinámica seguramente primero se asistió a esta con desfibrilación y luego se obtuvieron las enzimas.

3. En el caso de las enzimas me resulta raro la fracción MB tan bajo con tanta CPK total; parecería existir daño del músculo estriado (¿podría ser por la cardioversion?) y con esas cifras tan altas de CPK uno esperaría un daño muscular (hablando del músculo cardíaco) masivo con una FEY mucho menor. La troponina es I o T. ya que la segunda en un 2% de los casos presenta reacción cruzada con el músculo estriado.

4. Refiere un diámetro ventricular normal con FEY deprimida en fase asintomática, en ese caso me parece la mejor prueba para ayudar al seguimiento del deterioro el péptido natriurético auricular más que la ecocardiografía, ya que le brindara informacion precoz del deterioro del funcion ventricular. ¿No podría tratarse de miocardio atontado luego de cardioversión eléctrica? dado que como supongo interpretaron una TV, cardiovirtieron con descargas altas con lo cual esta descripto el atontamiento cardíaco post cardioversión.

En caso de ser una miocarditis, es poco frecuente la miocarditis del embarazo pero se presenta mayormente en el tercer trimestre del embarazo raramente se acompaña de arritmias ventriculares graves, y se presenta con dilatación ventricular y deterioro de la función sistólica, lo que me restaría por preguntarle es la función diastólica de la paciente.

5. En caso de tener ECG normal fuera de las crisis ¿presenta signos de pericarditis en el mismo? ¿o frote en el examen físico?

6. En caso de tener ECG de base con trastornos de conducción la paciente presenta epidemiología para Chagas o a recibido transfusiones?

Mis disculpas por las dudas por mi expresadas, a la distancia con los datos por ud referidos no se si pensar en una paciente con crisis de TSV con QRS ancho con descompensación hemodinámica y las alteraciones subsiguientes pueden estar originadas por la cardioversión y dado que a pesar de

tener un deterioro moderado asintomática de la FEY con diámetro ventricular normal, aguardaría la evolución solamente medicando las crisis de taquicardia, en ese caso atansil puede ser riesgo para el feto (no tengo experiencia en uso en embarazadas), y la recomendación en las TV no sostenidas en el embarazo es que no deben recibir medicación. Si presenta TV sostenida evaluaría el uso de propranolol, quinidina o flecainida dado que no se puede descartar que la paciente posea una vía accesoria que provoque las taquicardias.

En cuyo caso se tendría que valorar la posibilidad de realizar un EEF.

Y es frecuente en el embarazo la exacerbación de arritmias ventriculares monomorfas por lo que no prestaría demasiada atención al antecedente de las mismas en el embarazo previo.

Muchas gracias y espero nos mantenga al tanto de la evolución y los resultados de estudios posteriores

Martín Ibarrola

My advice would be to place the patient on beta-blockers. Not many drugs are safe in pregnancy, but beta blockers might help the arrhythmias as well as the CHF. Diuretics added as indicated.

A. Carvalho, MD

Hola.

Me gustaría saber si el laboratorio tomado fué después de la cardioversión eléctrica.

¿Cuál es el fundamento que usted tiene para plantear la miocarditis aguda?, aparentemente tendría arritmias desde hace algún tiempo y el motivo de consulta actual fué en relación a esto y no a capacidad funcional disminuída, por lo que la fracción de eyección post cardioversión hay que evaluarla en su justa dimensión para evitar sobrediagnósticos.

A mi parecer, si no hay elementos duros para tomar conducta invasiva (léase biopsia), controlaría su evolución y repetiría la ecocardiografía (¿como estaba la kalemia?, había tenido una enterocolitis reciente...).

Saludos

Mario Zapata, Chile.

Estimado Dr. Mario. quisiera saber si el trazo electrocardiográfico de la taquicardia con QRS ancho es de taquicardia ventricular o de taquicardia de origen supraventricular. Es importante saber si los resultados de laboratorio son después de la cardioversión. Hay que considerar también el diagnóstico de taquimiocardiopatía. En mi opinión creo que la biopsia estaría indicada para saber si la dilatación es consecuencia o causa.

Virginia Campos