

Mujer de 19 años cursando embarazo que presenta taquicardia en contexto de WPW – 1999

Dr. Ignacio Pérez Gálvez

Dr. Edgardo:

Amigo: este caso desde hace unas semanas nos preocupa y decidimos exponerlo al foro para ganar en ideas; aquí no tenemos muchos antiarrítmicos, pero sí la posibilidad de EEF y ablación. Gracias por la ayuda.

Dr. Ignacio Perez Gálvez

Santa Clara, Cuba.

Estimados colegas:

Les presento a continuación un caso que nos tiene en guardia, desde hace unas semanas. Se trata de una paciente. de 19 años de edad, con antecedentes de salud anterior; nunca se recoge el dato de nada. En estos momentos esta con 19,6 semanas de embarazo y todo marchaba bien hasta que presentó, posterior a un esfuerzo, una taquiarritmia que requirió atención médica en el servicio de urgencia. Se le realiza un ECG (16-05-1999) a su llegada y vemos que posee una taquicardia de 214 X' y el QRS es estrecho, se observa en DII y precordiales una muesca en la parte terminal del QRS, (ECG 1) después de 1 hora y 50 mtos. La misma fue revertida con medicamentos, que la paciente. desconoce y en el ECG basal se ve un PR corto, con el QRS mas ancho que cuando estaba con la taquicardia y con T negativas (ECG 2). Se nos envía a la consulta con el diagnóstico de una preexcitación tipo WPW para su análisis y evaluación acerca de continuar su embarazo o qué tratamiento usar. Aquí se le realiza otro ECG que da igual al 2, (ECG 3) y se le efectúa un ECO que da: Ligeramente PVM sin repercusión y una FE de 66%, AI: 25, Ao: 24, PP: 7, TIV: 7.

Según el ECG basal me impresiona una vía derecha.

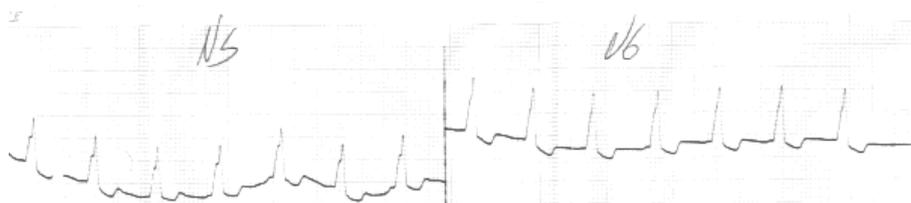
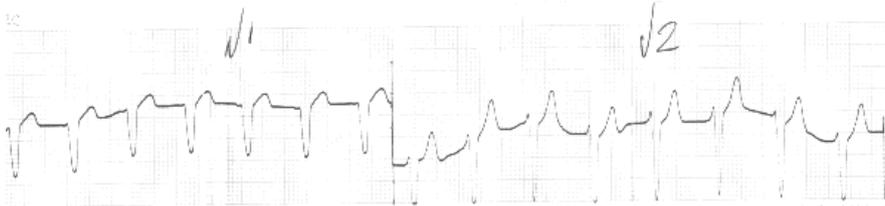
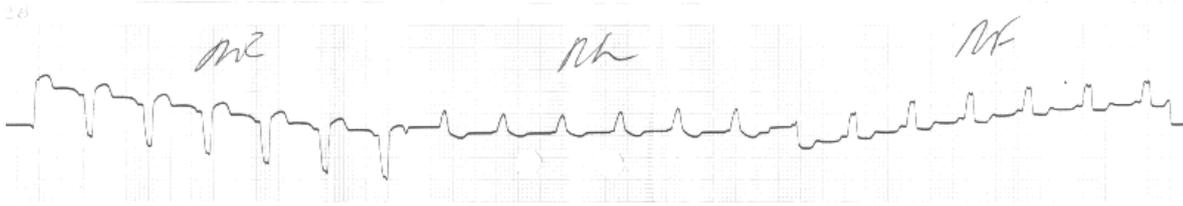
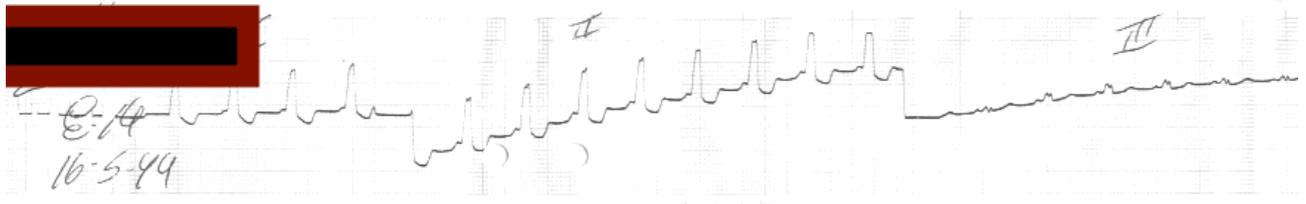
Como la paciente. está en estado de gestación, con los cambios hemodinámicos del embarazo, creo que tal vez ésta fuese la causa de la aparición de la arritmia; no obstante con sedantes y reposo no

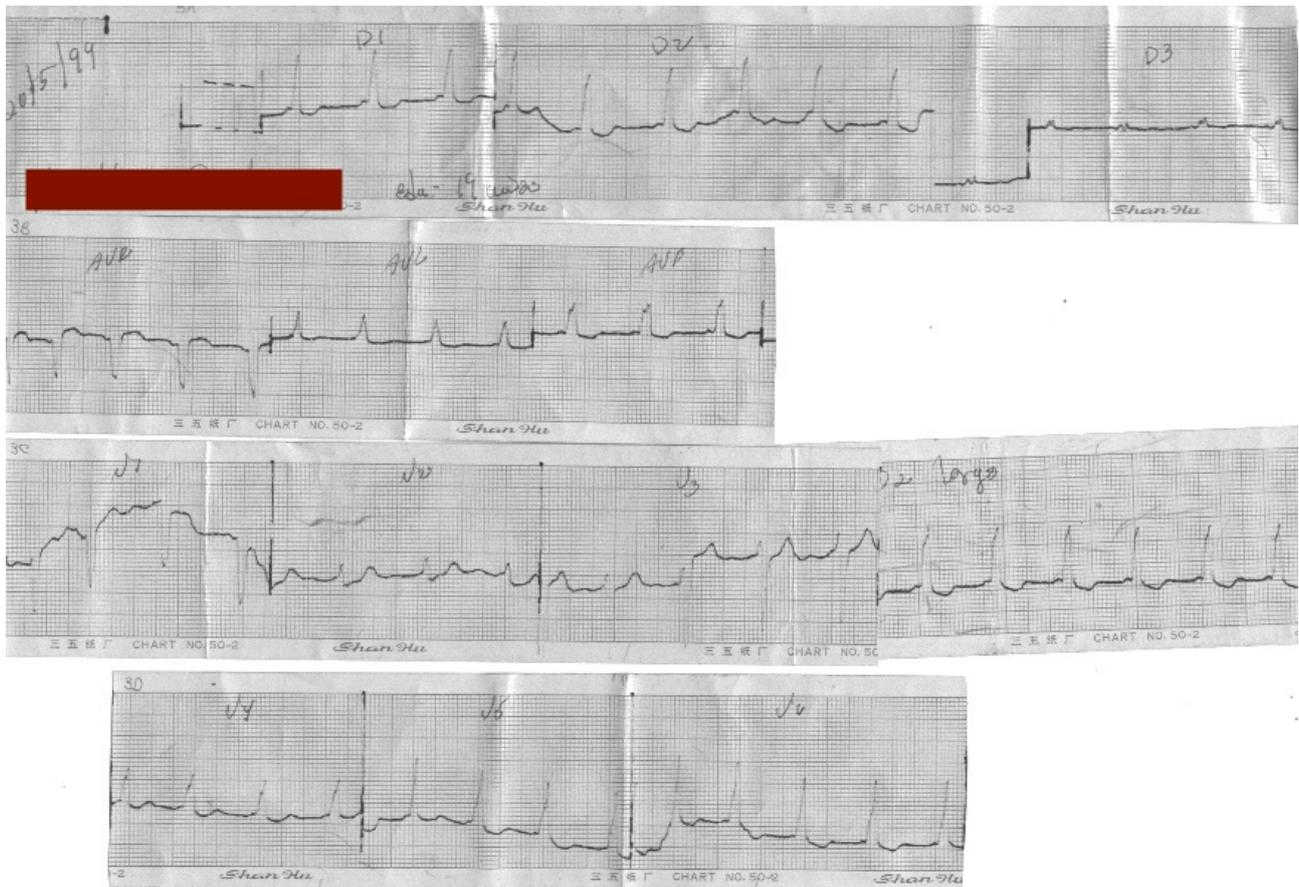
ha repetido este cuadro. Deseo conocer sus opiniones al respecto para ganar en ideas al tomar una conducta en ella. Es el primer embarazo en la paciente.

En espera de sus opiniones queda de uds.

Dr. Ignacio Perez Galvez

Santa Clara, Cuba





OPINIONES DE COLEGAS

En relación al caso de la paciente presentado por nuestro colega Ignacio Pérez Gálvez, parece ser portadora de un Wolff Parkinson White de localización medioseptal cursando un embarazo de 20 semanas.

Iniciaría tratamiento con betabloqueantes, teniendo en cuenta que el efecto adverso puede ser la bradicardia fetal y neonatal y parto prematuro por actuar como inhibidor beta en útero.

No utilizaría bloqueantes cálcicos porque en esta etapa las fibras del sistema de conducción del feto son cálcicos dependientes y hay riesgo de bloqueo AV completo o asistolia.

Tampoco consideraría en esta etapa la ablación por radiofrecuencia.

Dr. Fernando A Scazzuso

En esta ocasión discrepo con el Dr. Scazzuso. Pienso que no es seguro administrar betabloqueantes a una paciente con preexcitación. Creo que debería recibir flecainida o propafenona.

Dr. Walter Reyes

Aunque no es una cuestión completamente resuelta, parece que existe un efecto arritmogénico de la gestación en mujeres con y sin cardiopatía, y se han descrito frecuentemente casos de taquicardias paroxísticas que sólo ocurren, o se exacerban, durante el embarazo. En pacientes con cardiopatía orgánica, la carga hemodinámica y los cambios del tono autonómico de la gestación pueden facilitar la aparición de arritmias, a veces como primera manifestación de la enfermedad y en mujeres con limitada reserva cardíaca, las consecuencias hemodinámicas pueden ser importantes y comprometer la supervivencia del feto. Se deberá tener especial consideración al seleccionar el fármaco antiarrítmico para evitar efectos adversos sobre el feto, ya que los fármacos pudieran atravesar la barrera placentaria. El riesgo teratogénico es mayor durante las primeras 8 semanas después de la fertilización, cuando se lleva a cabo la organogénesis; pasado este período, el riesgo se reduce sustancialmente, pero los fármacos pueden interferir con el crecimiento y el desarrollo fetal. Por todo ello, se deberá usar la mínima dosis efectiva y revisar periódicamente la necesidad de proseguir el tratamiento. Así, la selección del fármaco dependerá no sólo del tipo de arritmia, sino también de si se administra una dosis única o un tratamiento prolongado profiláctico de

recurrencias. La utilización de múltiples fármacos antiarrítmicos en el tratamiento de un episodio de taquicardia se ha asociado a bradicardia fetal, por lo que es recomendable la monitorización de la frecuencia fetal durante la terapia antiarrítmica aguda.

En este caso la taquicardia de un Wolff Parkinson White de localización medioseptal cursando un embarazo de 20 semanas responden a menudo al reposo, sedación y maniobras vagales; en caso contrario, se aconseja administrar adenosina en inyección intravenosa rápida. Si ésta no tuviese éxito, se puede considerar, por este orden de preferencia, el uso intravenoso de propranolol, o en casos muy refractarios, procainamida. La estimulación esofágica o auricular derecha es una opción adicional.

Finalmente, la cardioversión eléctrica (con 25 a 100 J en este caso) debe ser considerada tempranamente, como en cualquier arritmia, si existe compromiso hemodinámico.

Generalmente es preferible no administrar tratamiento antiarrítmico profiláctico si las crisis son infrecuentes y aceptablemente toleradas. En el caso contrario, y particularmente en el seno de cardiopatía orgánica, se recomienda beta-bloqueantes selectivos, los agentes cardioselectivos, como el metoprolol y el atenolol, serían los preferidos, al evitarse con ellos el bloqueo de receptores beta-2, responsables de la vasodilatación periférica y la relajación uterina. Siendo la flecainida una segunda opción, aunque no existen datos completos sobre el uso de la flecainida, parece ser relativamente segura en embarazadas, a juzgar por las experiencias con casos aislados. Se ha observado una alteración de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal que se recupera, sin consecuencias, al disminuir la concentración plasmática tras el parto.

Aunque se asume la misma relativa seguridad con la propafenona, la experiencia con este fármaco es muy limitada. En presencia de preexcitación (síndrome de Wolff-Parkinson-White aparente) está contraindicada la digitalización.

Existe una favorable experiencia con el verapamilo en el tratamiento de las arritmias maternas y no se han descrito teratogenicidad en su uso ni efectos adversos en el curso del embarazo. Se ha usado en el tratamiento de taquicardia supraventricular (TSV) fetal y en el manejo del parto prematuro y de la preeclampsia sin efectos adversos. Sin embargo, se ha descrito hipotensión materna y/o fetal, bloqueo cardíaco y depresión de la contractilidad durante el tratamiento de arritmias fetales. También existe un riesgo potencial de reducción en el flujo sanguíneo uterino. Por estas razones, el verapamilo debería probablemente ser evitado.

La consideración en grupo de las taquicardias con QRS ancho tiene la utilidad de que en éstas se debe considerar contraindicado, en principio, el tratamiento con adenosina, verapamilo y digital. En pacientes embarazadas, las taquicardias del síndrome de Wolff-Parkinson-White serán las más frecuentes, debiéndose esperar sólo raramente una taquicardia ventricular idiopática de primera aparición. En presencia de cardiopatía pueden esperarse TV en asociación con prolapso mitral, miocardiopatías, QT largo e intoxicación digitalica.

Dr. Benjamin A. Uribe Efres.

Santo Domingo REP. DOM.