

Coartación aórtica y embarazo

Araceli Sevilla Muñoz Cano,* María Guadalupe Berumen Lechuga,* Gerardo Efraín Téllez Becerril,* Evelin Martínez Hernández,* Jesús Carlos Briones Garduño,* Ángel González Vargas*

INTRODUCCIÓN

La coartación de la aorta es una cardiopatía congénita, por lo general a nivel de aorta descendente y rara vez a nivel del cayado (preductal). La localización más frecuente es a nivel o adyacente al ligamento arterioso en la unión del cayado aórtico y aorta descendente; con menor frecuencia la atresia o interrupción del arco aórtico se encuentra situada próxima al nacimiento del conducto.

En el electrocardiograma se puede encontrar crecimiento del ventrículo izquierdo con sobrecarga sistólica; puede ser normal en casos tempranos o, en coartaciones ligeras, asociarse con bloqueo incompleto de rama derecha del haz de His. En la placa de tórax suelen encontrarse fenestraciones en el borde inferior de las costillas, a partir de la tercera a la novena, la cual es evidente en los sujetos de edad adulta producto de la erosión que las arterias intercostales ingurgitadas producen en el borde inferior de las costillas (signo de Roessler), botón aórtico prominente, aorta ascendente desenrollada; se puede ver imagen de tres invertido a nivel de la aorta torácica descendente, corazón de tamaño normal con signos de hipertrofia concéntrica; el ecocardiograma establece el diagnóstico. La evolución natural, si es muy grave, lleva al recién nacido a insuficiencia cardíaca congestiva y muerte, pero en la mayoría de los casos cursan asintomáticos y crecen normalmente. La coartación produce todas las complicaciones, al igual que la hipertensión, en varios órganos blanco como retina, cerebro, corazón, arterias de tórax y coronarias. La muerte puede aparecer como consecuencia de accidentes vasculares cerebrales o de insuficiencia car-

diaca en las fases tardías del padecimiento. Idealmente, los pacientes deben ser intervenidos quirúrgicamente entre los cuatro y los seis años.

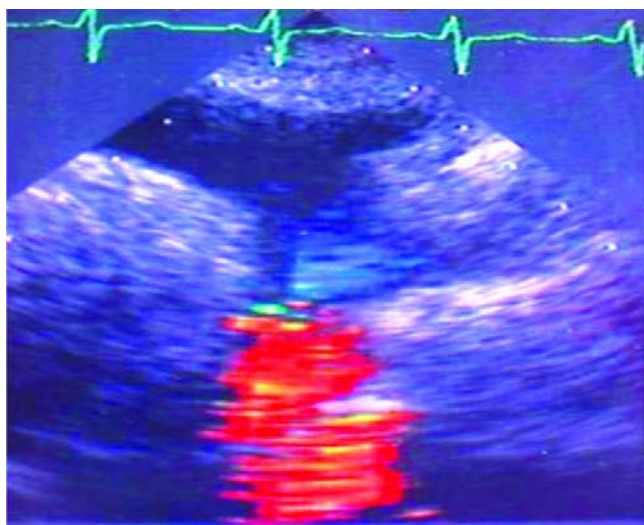
En este trabajo se describe un caso clínico de coartación de la aorta y embarazo, atendido en el Hospital Materno Infantil del Estado de México.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer casada, dedicada al hogar, católica, originaria de Tlalnepantla. Se decide ingreso a Unidad Tocoquirúrgica (UTQ) donde se solicita interconsulta a terapia. Se observa paciente femenina de 17 años con embarazo de término por clínica, más coartación de la aorta. Neurológicamente: orientada en tiempo y espacio, Glasgow de 15, con facies de dolor, pupilas isocóricas normorrefléxicas. Cuello sin ingurgitación yugular. Hemodinámico con presión arterial de 120/80 mm Hg, frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto, con ruidos cardíacos rítmicos, regulares, soplo holosistólico de gran intensidad multifocal irradiado a cuello, con trill, resto sin alteraciones. Respiratorio: campos pulmonares adecuadamente aereados, murmullo vesicular presente; no se integra ningún síndrome pleuropulmonar. Abdomen globoso a expensas de útero grávido con producto vivo situación longitudinal, presentación cefálica, posición derecha, frecuencia cardíaca fetal (FCF) 140 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, con TV cérvix con 70% de borramiento, 3 cm de dilatación. Extremidades sin alteraciones. Electrocardiograma: ritmo sinusal con frecuencia cardíaca de 78 por minuto, sin alteraciones aparentes. Clasificación 1 de la NYHA con riesgo de mortalidad de 5-8% y de complicaciones como hipertensión y angor, además de disección aórtica.

Tratamiento: ampicilina y gentamicina por alto riesgo a endocarditis. Además, se indica interrupción del embarazo vía vaginal. Se realiza cesárea por desproporción cefalopélvica (DCP), se obtiene producto femenino de 3,000 g, APGAR 8-9, sin altera-

* Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos. Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México. Medicina Crítica Obstétrica.



ciones, Capurro 38, cesárea sin complicaciones. Manejo bajo bloqueo peridural (BPD) en L2-L3 con lidocaína y epinefrina al 2%, 300 mg dosis única. Se administraron 500 mL de solución Hartman, 500 mL de solución fisiológica. Hubo sangrado de 300 mL y diuresis de 75 mL.

Antecedentes personales patológicos: Diagnóstico de coartación de la aorta al nacimiento, con cateterismo cardiaco, el cual confirma el diagnóstico de hace siete años sin ningún tipo de tratamiento y sin seguimiento por parte de cardiología. Se desconoce la causa por la cual se le realizó el cateterismo. Otras patologías negadas.

Antecedentes ginecoobstétricos: Menarca a los 12 años con ciclos regulares de 30 x 5, eumenorreica, DOC: nunca, Gesta: 1. Fecha de última regla (FUM): 17-04-06 (no confiable), fecha probable de parto (FPP): 24-01-07.

Control prenatal en Tlalnepantla durante cuatro ocasiones desde el cuarto mes. Hospitalizada en dos ocasiones, una en el segundo trimestre y la otra en el tercer trimestre por amenaza de parto prematuro (APP), manejada en ese hospital (se desconoce el tratamiento). Ingesta de multivitamínicos desde el

cuarto mes, sin aplicación de toxoide tetánico, resto sin alteraciones, tratamiento en la Unidad de Medicina Crítica en Obstetricia.

Colocación de catéter central, monitorización, aporte hidroelectrolítico de acuerdo a presión venosa central (PVC) y electrolitos; antibiótico como profilaxis para endocarditis y por intervención quirúrgica con ceftriaxona, analgésico tipo ketorolaco. Se agrega procinético y protector de mucosa gástrica (metoclopramida y ranitidina) heparina profiláctica hipocoagulante con ecocardiograma, el cual confirma el diagnóstico de coartación de aorta, con evolución adecuada. Fue egresada del Servicio con tratamiento antihipertensivo.

DISCUSIÓN

En este caso, la paciente cursa patología cardíaca previamente conocida; sin embargo, sin ningún tratamiento para su problema, el cual es poco común. Como habitualmente sucede, presenta un cuadro clínico asintomático, llegando a un embarazo de término sin ninguna complicación. Se decide interrupción del embarazo vía abdominal evitando el uso de anestésicos generales o gases; la indicación fue por la desproporción cefalopélvica, sabiendo que la mejor resolución para estos casos, de acuerdo con la literatura consultada, es el parto; sin embargo, cursaba con indicación obstétrica para su resolución por la vía antes mencionada. Se maneja en forma protocolizada y egresa tres días después en forma satisfactoria, únicamente con hipertensión residual, la cual se manejó con antihipertensivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guadalajara JF. Cardiopatías congénitas en Cardiología, Méndez Editores; 2004. p. 925-930.
2. Uebing A, Steer PJ. Pregnancy and congenital heart diseases. BMJ 2006; 332: 401-406.
3. Lang I. Cardiovascular management. BMJ 2004; 326: II35-II36.
4. Parrillo JE. Current therapy. Critical Care 2006: 345-350.
5. Clark SC. Critical Care Obstetrics, 2006, 500-510.
6. Harrison. Principios de Medicina Interna; 2004.