

Revisión

Síndrome coronario agudo con elevación de ST durante el embarazo: descripción de un caso y revisión de las opciones terapéuticas

F. LLINARES TELLO^a, C. HERNÁNDEZ PRATS^a, J. GONZÁLEZ DE LA ROSA^b, V. ORTOLÁ VERCHER^b, N. BOSACOMA ROS^a, J.P. ORDOVÁS BAINES^a Y J.M. CATURLA SUCH^b

^aServicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Alicante.

^bUnidad Coronaria. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Alicante. España.

El síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) es una entidad clínica que rara vez se observa en mujeres embarazadas, pero cuya manifestación constituye una situación de alto riesgo materno-fetal. El manejo farmacoterapéutico de estas pacientes es difícil y requiere una atención individualizada por parte de un equipo multidisciplinar, puesto que muchos de los tratamientos estándar se incluyen dentro de las categorías de teratogenicidad C o D de la *Food and Drug Administration*, y es escasa la experiencia con técnicas como la angioplastia coronaria con colocación de *stent*. Se describe el caso de una mujer de 32 años, gestante de 11 semanas y diagnosticada de SCACEST, así como el abordaje terapéutico de la misma. Además se revisa la información disponible sobre la epidemiología, etiología y fisiopatología del SCACEST durante el embarazo y el papel específico de las opciones de tratamiento disponibles actualmente.

PALABRAS CLAVE: infarto de miocardio, embarazo, coronariografía, tratamiento, fibrinólisis.

ST SEGMENT ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME DURING PREGNANCY: A CASE REPORT AND REVIEW OF THERAPEUTIC OPTIONS

ST segment elevation acute coronary syndrome is a clinical condition that is rarely observed in pregnant women. However, its manifestation is a situation of high maternal-fetal risk. Pharmacotherapeutic management of these patients is difficult and requires individualized care by a multidisciplinary team since many of the standard treatments are included within the categories of teratogenicity C or D of the *Food and Drug Administration* and experience with techniques such as coronary angioplasty with *stent* placement is scarce. The case of a 32-year woman who was 11 weeks pregnant and diagnosed of acute coronary syndrome with ST segment and its therapeutic approach are described. Furthermore, the information available on epidemiology, etiology and pathophysiology of acute coronary syndrome with ST segment during pregnancy and the specific role of the currently available treatment options are reviewed.

KEY WORDS: myocardial infarction, pregnancy, coronariography, treatment, fibrinolysis.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) en la mujer durante el embarazo y puerperio oscila entre 1:10.000-1:30.000 gestaciones^{1,2}. Es de esperar que vaya en aumento, dada la tendencia general a embarazos en edades

Correspondencia: Dra. F. Llinares Tello.
C/ Colón, 123, 5.º D.
03570 Villajoyosa. Alicante.
Correo electrónico: paquillinares@eresmas.com

Manuscrito aceptado el 23-I-2006.

cada vez mayores, con el consiguiente incremento en la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular. La primera referencia publicada data de 1922³ y desde entonces se han comunicado alrededor de 150 publicaciones de casos aislados. Las revisiones que recogen un mayor número de casos se publicaron en el año 1996 e incluyen un total de 125 y 136 casos bien documentados^{4,5}.

EPIDEMIOLOGÍA

La presentación del SCACEST durante el embarazo es más frecuente en multíparas, en la tercera década y durante el tercer trimestre de gestación, siendo la localización más frecuente la cara anterior. En cambio el SCACEST posparto ocurre más frecuentemente en primíparas jóvenes con preeclampsia^{4,6}.

Su aparición constituye una situación de alto riesgo materno-fetal, con una mortalidad materna elevada que varía entre el 19% y el 24%. Ésta es superior en los casos que acontecen en el tercer trimestre de gestación, así como también cuando el parto ocurre en los 14 días postinfarto^{1,4,5}. En relación con el método del parto, se ha constatado una mortalidad del 11% en aquellas mujeres que tuvieron el parto por vía vaginal frente a un 20% de mortalidad entre las pacientes sometidas a cesárea, aunque los grupos no son comparables puesto que generalmente se sometían a cesárea aquellas con problemas obstétricos y los casos de cardiopatías más graves⁷.

Se ha descrito una mortalidad fetal del 13%, la mayoría de los casos asociados con el fallecimiento de la madre y el resto debido a la existencia de abortos espontáneos⁴.

ETIOLOGÍA

Entre los factores a considerar por su relación con el SCACEST durante el embarazo se encuentran los factores de riesgo coronario clásicos, de los cuales el tabaco y la hipertensión arterial son los más prevalentes entre las pacientes que lo desarrollan, así como el uso previo de anticonceptivos orales, toxemia del embarazo y edad avanzada de la madre^{5,8}.

Son de resaltar, asimismo, las importantes alteraciones en el sistema de la coagulación y de la fibrinólisis que ocurren durante el embarazo y que contribuyen a aumentar el riesgo de trombosis coronaria. Estas alteraciones incluyen la disminución de la liberación del activador tisular del plasminógeno, cambios en las concentraciones de los factores de la coagulación y la reducción de la concentración de proteína S^{9,10}.

Otro factor etiológico importante son los cambios histológicos de la pared arterial, tales como la pérdida de la disposición normal de las fibras elásticas, la fragmentación de las fibras de reticulina y el descenso del contenido de mucopolisacáridos, todos ellos inducidos por modificaciones hormonales durante la gestación¹¹.

También hay que tener en cuenta los cambios fisiológicos que suceden en el sistema cardiovascular

durante el embarazo y el parto, y que constituyen un terreno propicio para la manifestación de la cardiopatía isquémica: la anemia fisiológica y la disminución de la presión sanguínea diastólica, el aumento de la volemia de hasta un 40% en el tercer trimestre y el aumento del gasto cardíaco, fundamentalmente durante el trabajo del parto¹².

De manera más ocasional, algunos fármacos utilizados con relativa frecuencia durante el embarazo y el parto también se han asociado con la aparición de SCACEST, como alcaloides ergóticos, bromocriptina, ritodrina y nifedipino³.

Además, la presencia de determinadas enfermedades se ha asociado con la aparición de SCACEST durante el embarazo y parto, como feocromocitoma, síndrome antifosfolípido, síndrome de Ehlers-Danlos, enfermedad de Still, enfermedad de Kawasaki y enfermedades del colágeno³.

FISIOPATOLOGÍA

En cuanto a la fisiopatología, según los datos angiográficos publicados por diversos autores, en el 43% de las pacientes se encontraron lesiones ateromatosas con o sin trombo intracoronario, más comúnmente en mujeres durante el período anteparto. Se ha descrito la presencia de trombos sin evidencia de enfermedad aterosclerótica en el 21% de las pacientes evaluadas, coronarias normales en un 29% de los casos y disección de las coronarias en un 16% de las pacientes, siendo ésta la principal causa de infarto en el período posparto^{4,5}.

CASO CLÍNICO

Se trataba de una mujer de 32 años, gestante de 11 semanas, sin hábitos tóxicos ni factores de riesgo cardiovascular conocidos. Con antecedentes de alergia a penicilina y aborto espontáneo 4 meses previos al ingreso.

Acudió al Servicio de Urgencias por episodio de dolor torácico típico, encontrándose la paciente normotensa y evidenciándose en el electrocardiograma (ECG) taquicardia sinusal a 110 lpm y una corriente de lesión subepicárdica de V2 a V5 (fig. 1). En la exploración física no se objetivaron alteraciones, destacando en la analítica inicial leucocitosis con neutrofilia y troponina elevada.

Inicialmente se administró tratamiento con cloruro mórfico 3 mg por vía intravenosa (IV), diazepam 5 mg por vía oral (VO), nitroglicerina 10 mcg/minuto IV, ácido acetilsalicílico (AAS) 200 mg VO, enoxaparina 30 mg IV, clopidogrel 300 mg VO y ranitidina 50 mg IV; obteniéndose una buena respuesta inicial al tratamiento médico, cediendo las manifestaciones clínicas y eléctricas.

Ante la contraindicación relativa de la fibrinólisis en este contexto, se decidió la realización de un cateterismo cardíaco. En éste se objetivó arteria descendente anterior con una estenosis proximal inferior al 30%, con contenido trombótico y un flujo TIMI III (*trombolysis in myocardial infarction*). No

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3113603>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3113603>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)