



COMUNICACIÓN INTERAURICULAR EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

TREVIÑO-MONTEMAYOR, OSCAR RUBÉN; ESPINOSA-VALENCIA, KRISIA MIREN; ESPINOZA-RODRIGUEZ, MARIA EUGENIA; RUIZ-PADILLA, JUAN PABLO; GUZMAN-LOPEZ, ABEL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO "JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardíacas son de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna al día de hoy. Se calcula que hasta el 75% de las cardiopatías asociadas al embarazo son de tipo congénito. Los riesgos asociados al embarazo en mujeres con cardiopatías congénitas pueden afectar tanto a la madre como al feto; por ende, el obstetra y el cardiólogo son responsables por el bienestar de dos pacientes. Una revisión reportó que las cardiopatías congénitas representan el 80% de todas las pacientes embarazadas con patología cardíaca. Idealmente, cualquier defecto debe corregirse quirúrgicamente previo al embarazo.

Los defectos del septo interauricular conforman el tipo de lesión congénita más común en adultos después de la válvula aórtica bicúspide. Los defectos de este septo son las lesiones, reparadas y no reparadas, más frecuentes en las mujeres embarazadas con cardiopatía congénita.

A pesar de que pueden permanecer asintomáticas hasta la vida adulta, estas pacientes pueden desarrollar complicaciones asociadas al retraso del diagnóstico como intolerancia al ejercicio, arritmias auriculares, embolismo paradójico, absceso cerebral, sobrecarga de volumen del ventrículo derecho y falla del mismo, e hipertensión pulmonar que puede volverse irreversible y provocar un "shunt" de derecha a izquierda (Síndrome de Eisenmenger).

CASO CLÍNICO

Mujer de 25 años cursando embarazo de 30.6 semanas acudió referida a nuestra institución por trabajo de parto pretérmino en fase activa, ruptura de membranas mayor a 12 horas y probable hipertensión secundaria. Cuenta con antecedente de soplo cardíaco diagnosticado en la infancia debido a cardiopatía no especificada. La paciente refiere diagnóstico de hipertensión secundaria hace 2 años. Consumo de cocaína, metanfetaminas y marihuana. Gesto 6, partos 3, abortos 2, preeclampsia con datos de severidad en gesta previa, y hemorragia obstétrica que requirió transfusión sanguínea.

A su llegada paciente asintomática, presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca 100 lpm, frecuencia respiratoria 15 rpm, saturación de oxígeno 98%. Sin presencia de cianosis, a la auscultación, ruidos cardíacos rítmicos con soplo diastólico en focos pulmonar y tricúspide. Fondo uterino 26 cm, producto único vivo, longitudinal cefálico, frecuencia cardíaca fetal presente. Al tacto vaginal, 4 cm de dilatación, cérvix blando con borrarmento del 60%, altura de presentación -3, salida franca de líquido amniótico. Extremidades sin edema. Ultrasonido obstétrico reportó crecimiento normal y anhidramnios.

Se interconsultó con Cardiología quienes realizaron diagnóstico de comunicación interauricular e insuficiencia tricúspide moderada. Se decidió manejo expectante y libre evolución del trabajo de parto, se administraron inductores de madurez pulmonar y antibióticoterapia. 20 horas después, se atendió parto eutócico y se administró dosis única de Carbapenem. Se egresó la paciente al cumplir con evolución clínica.

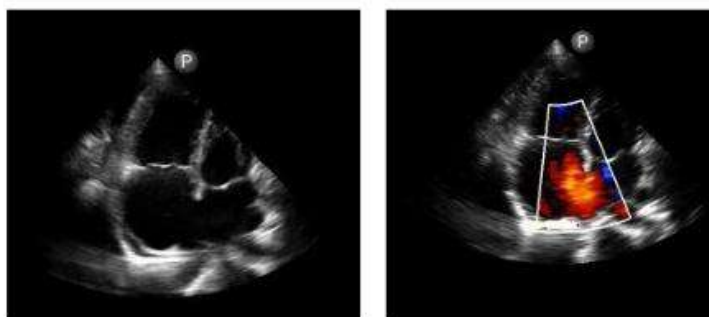


FIG 1. Comunicación interauricular. Comunicación interauricular con cortocircuito diastólico derecha izquierda, dilatación de cavidades derechas, insuficiencia tricúspide moderada, probable hipertensión pulmonar secundaria, no existe disfunción sistólica de ventrículo derecho.

DISCUSIÓN

Durante el embarazo fisiológico ocurren cambios hemodinámicos que contribuyen a un aumento de la carga cardíaca total. Los dos principales cambios consisten en una reducción de la resistencia vascular y un aumento del gasto cardíaco.

En pacientes con un defecto interauricular sin reparación, estos cambios fisiológicos pueden agravar la sobrecarga de volumen del ventrículo derecho y desencadenar una falla cardíaca, así como contribuir a la dilatación auricular y el desarrollo de arritmias. La reducción de la resistencia periférica puede favorecer la hipertensión pulmonar. Esto resulta en una pobre oxigenación de la sangre materna y por lo tanto, de la circulación fetal. Además, el estado hipercoagulable del embarazo aunado al flujo de izquierda a derecha, aumenta el riesgo de un embolismo paradójico.

Algunos estudios sugieren que mujeres con defectos en el septo interauricular sin reparar tienen mayor riesgo de eventos neonatales en comparación con mujeres con el mismo tipo de defecto, pero con previa reparación. Se ha asociado esta patología sin reparación con un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia, diagnóstico perinatal de peso bajo para edad gestacional, y aumento en la morbilidad y mortalidad fetal y perinatal. Las derivaciones cardíacas de izquierda a derecha reducen la capacidad de aumento del gasto cardíaco y, por consiguiente, de la perfusión placentaria. Se ha visto que las pacientes cuyo defecto había sido reparado, tuvieron resultados perinatales comparables con las de la población general.

CONCLUSIONES

- Cuando se trata de cardiopatías congénitas complejas, sobre todo si estas se asocian a hipertensión pulmonar, no se recomienda el embarazo, existe literatura que sugiere ofrecer la interrupción terapéutica del embarazo.
- En estas pacientes está indicada la vigilancia estrecha durante toda la gestación.
- Al momento del nacimiento, se prefiere el parto vaginal siempre y cuando exista estabilidad materna y fetal; de lo contrario, se debe practicar una operación cesárea. Las pacientes deben permanecer con monitorización cardíaca continua durante el trabajo de parto y la atención del mismo.
- El momento del desembrazo se planea con base en la condición clínica.
- Se recomienda el uso de anestesia epidural o espinal-epidural combinada, evitando el decremento de la resistencia vascular periférica, ya que la anestesia general se ha asociado a mayor incidencia de complicaciones.
- En el caso de hipertensión pulmonar se debe cuantificar la diuresis posterior al nacimiento para prevenir sobrecarga de presión del ventrículo derecho.

Canabarro, M. M., Warnak, C. A., AbulHassn, J., et al (2017, February 21). Management of Pregnancy in Patients With Complex Congenital Heart Disease: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation*, 135(8).
ACOG Practice Bulletin No. 212: Pregnancy and Heart Disease. (2019, May). *Obstetrics & Gynecology*, 133(5), e320-e356. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003243>
Ekayam, U., Goland, S., Freier, P. G., & Silverstein, C. K. (2016, August). High-Risk Cardiac Disease in Pregnancy. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(5), 502-516.
Bridy, C., Mongkon, P. F., Leduc, L., Dane, A., & Khary, P. (2018, September). Pregnancy in adults with repaired/unrepaired atrial septal defect. *Journal of Thoracic Disease*, 10(S24), S2945-S2952.