

Infarto agudo de miocardio en gestante a término de 39 semanas tratado con fibrinólisis

J. A. CAMACHO PULIDO, J. M. JIMÉNEZ SÁNCHEZ, A. MONTIJANO VIZCAÍNO,
B. JURADO LARA, A. DE MOLINA ORTEGA

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital San Agustín. Linares, Jaén

*ACUTE MIOCARDIAL INFARCTION IN PREGNANCY OF 39 WEEK
TREATED WITH FIBRINOLYSIS*

RESUMEN

Exponemos el caso de una paciente de 39 años de edad con gestación a término de 39 semanas que sufre un cuadro de infarto agudo de miocardio con criterios clínicos y electrocardiográficos y que fue tratada con fibrinólisis sistémica. Posteriormente fue trasladada al servicio de hemodinámica del Hospital de referencia donde se realizó cateterismo confirmando la lesión coronaria. A las 24 horas de éste episodio dio a luz un recién nacido a término sin complicaciones mediante parto vaginal.

PALABRAS CLAVE: Infarto agudo miocardio. Embarazo. Fibrinólisis.

ABSTRACT

We report a 39 years old woman at her 39th week of pregnancy who presented acute myocardial infarction with clinical and electrocardiography criteria and was treated with systemic fibrinolysis. After this was translated to hemodynamic service of reference hospital were done catheterism that confirmed the coronary lesion. 24 hours after she had an newborn without sequel.

KEY WORDS: Acute myocardial infarction. Pregnancy. Fibrinolysis.

Camacho Pulido JA, Jiménez Sánchez JM, Montijano Vizcaíno A, Jurado Lara B, de Molina Ortega A. Infarto agudo de miocardio en gestante a término de 39 semanas tratado con fibrinólisis. An Med Interna (Madrid) 2008; 25: 31-32.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una paciente en que la cardiopatía isquémica se presentó en los últimos momentos de la gestación, amenazando tanto a la madre como al feto. En estos casos se plantean siempre las posibilidades terapéuticas según los recursos disponibles y la urgencia del caso. En el nuestro al no disponer de laboratorio de hemodinámica el retraso en el tratamiento podía ser fatal. Al no existir literatura descrita en esta situación creemos interesante darlo a conocer.

CASO APORTADO

Se trata de una mujer de 39 años de edad que acude al servicio de Urgencias por un cuadro de dolor torácico con carácter opresivo y que se irradia a ambos brazos, acompañado de intenso cortejo vegetativo en forma de mareo, náuseas y vómitos.

Refiere un embarazo a término de 39 semanas de gestación.

Como antecedentes personales es fumadora, tiene hipercolesterolemia sin tratamiento y tiene antecedentes de un hermano con infarto de miocardio y madre con angina estable. No toma medicación habi-

tual. A su llegada a Urgencias se detectan alteraciones en el electrocardiograma compatibles con infarto agudo de miocardio por lo que ingresa en UCI.

Exploración al ingreso: T. arterial: 85/60 mmHg, F. cardíaca: 70 lpm. T^o: 36,5 °C. Consciente y orientada, sensación de enfermedad grave. Presenta dolor precordial.

Exploración neurológica normal. Índice APACHE-II: 8 puntos. No disnea ni taquipnea.

La auscultación cardiopulmonar es normal sin soplos ni roce pericárdico y con ausencia de crepitantes ni sibilantes a nivel pulmonar. El abdomen es propio de una gestante a término de 39 semanas y en miembros inferiores presenta edemas moderados con fovea.

El servicio de Ginecología comprueba el buen estado fetal al ingreso de la enferma.

Pruebas complementarias: Bioquímica tras una hora del comienzo del dolor: glucosa: 11 mg/dl, urea: 13 mg/dl, creatinina: 0,60 mg/dl, Na: 137 mmol/l, K: 3,8 mmol/l, PCR: 1,10 mg/dl, GOT: 17 UI/l, GPT: 17 UI/l, LDH: 176 UI/l, amilasa: 57 UI/l, mioglobina: 18,50 ng/ml (normal hasta 0,3 ng/ml), CPK-MB: 3,5 ng/ml (normal hasta 7,2 ng/ml).

Electrocardiograma: ritmo sinsual. Sin alteraciones de la conducción auriculo-ventricular. Elevación del segmento ST de 2 mm en II, III y aVF con cambios especulares en I y aVL (Fig. 1).

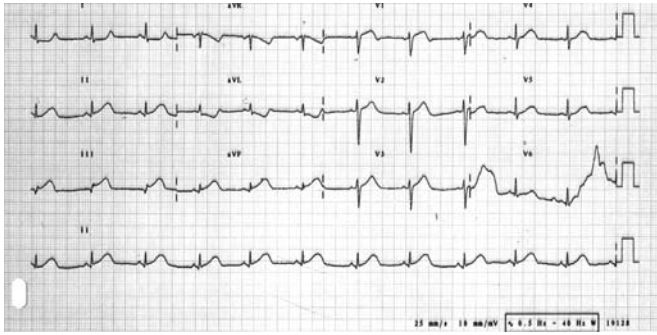


Fig. 1. Resonancia nuclear magnética con contraste (T1: sangre negra): masa con realce que se extiende entre las desembocaduras de la vena cava superior e inferior, ocupando la porción posterior de la cavidad auricular.

Hemograma: leucocitos: 10.240 mm³, hemáties: 4,01 mill/mm³, hemoglobina: 9,9 g/dl, hematocrito: 29,8%, plaquetas: 430.000 mm³, neutrófilos: 68,4%, linfocitos: 24,8%.

Gasometría venosa: pH: 7,33, pCO₂: 28, pO₂: 53, BE:-10,5, CO₃H⁻: 15,5.

Estudio de coagulación: Alterado por fibrinólisis sistémica.

Ecocardiografía transtorácica: Pequeño derrame pericárdico posterior menor a 5 mm. Resto de la exploración sin alteraciones.

En la evolución la enferma presenta hipotensión que necesitó de la administración de volumen para recuperarla. Dado el cuadro clínico de IAM en fase hiperaguda se decidió trombolisis sistémica con tenecteplase (TNK) según protocolo. Se administraron 30 mg de enoxaparina iv y 7000 UI de tenecteplase en bolo. De igual forma se inició tratamiento con oxígeno, ácido acetilsalicílico 200 mg, clopidrogel 300 mg y solinitrina intravenosa tras recuperar la tensión arterial. En las siguientes horas la paciente queda asintomática sin dolor y hemodinámicamente estable.

Se aprecian extrasístoles ventriculares frecuentes. Tras estabilización se decide traslado al hospital de referencia para realización de cateterismo coronario. Se realizó dicho tratamiento evidenciándose lesión en la arteria coronaria derecha que se trata con stent.

A las 24 horas de éste cuadro la paciente dio a luz un recién nacido a término por parto vaginal sin secuelas materno-fetales.

DISCUSIÓN

El infarto agudo de miocardio raramente aparece en mujeres en edad fértil y se ha estimado que ocurre en una de cada 10.000 mujeres embarazadas (1). En estos casos, la arterioesclerosis coronaria suele ser la causa más frecuente. Otras causas incluyen tromboembolismo, disección coronaria espontánea y vasoespasmio arterial coronario severo (2). El tratamiento trombolítico es la primera línea de tratamiento actual en ésta patología aunque con frecuencia el embarazo ha sido una contraindicación a dicho tratamiento. Dicha contraindicación es puramente teórica y basada en protocolos previos. Hay algunos casos descritos de tratamiento trombolítico exitoso en el embarazo (3). En el contexto de un IAM con embarazo posiblemente la mejor estrategia sería un tratamiento con angioplastia primaria pero esto no siempre está disponible como es nuestro caso de forma urgente. En la revisión de Leonhart se describen 20 casos de trombolisis durante el embarazo con rt-PA en la literatura con indicaciones como accidente cerebrovascular, trombosis de válvulas cardíacas protésicas, embolismo pulmonar, trombosis venosa profunda y un IAM (4). Ninguno de los recién nacidos en ésta serie sufrió secuelas como en nuestro caso. El diagnóstico rápido y el tratamiento inmediato son fundamentales para disminuir la mortalidad materno-fetal en ésta entidad (5). Además la mortalidad materna varía según el IAM se desarrolle antes del parto o en el puerperio. Si se produce durante el embarazo hay mayor mortalidad y complicaciones que si se produce tras el parto (17,7 frente al 14,2%) (6). En algunas series se comprueba además que la mayoría de los casos de IAM en el embarazo se producen en el segundo y tercer trimestre del mismo posiblemente relacionados con el ambiente procoagulante en el organismo de la mujer gestante (7).

Finalmente creemos que aunque el gold standard es la angioplastia primaria aún hoy día ésta técnica no está disponible de urgencia siempre que se necesita por lo que el tratamiento trombolítico puede ser la única posibilidad de tratamiento de una gestante con IAM en fase aguda, mucho más cuando aparecen complicaciones hemodinámicas graves que no admiten demora en el tratamiento.

Bibliografía

- Hankins GD, Wendal JrGD, Loveno K J, et al. Myocardial infarction during pregnancy; a review. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 139-46.
- Sullivan JM, Ramanathan KB. Management of medical problems in pregnancy - severe cardiac disease. *N Engl J Med* 1985; 313.
- Shumacher P, Belfort MA, Card RJ. Successful treatment of acute myocardial infarction during pregnancy with tissue plasminogen activator. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 716-9.
- Leonhart G, Gaul C, Niestch HH, Buerke M, Schleussner E. Thrombolytic therapy in pregnancy. *J. Thromb Thrombolysis* 2006 ;21 (3): 271-6.
- Hartel D, Sorges E, Carlsson J, Romer V, Tebbe U. Myocardial infarction and thromboembolism during pregnancy. *Herz*, 2003; 28 (3): 175-84.
- Heidi E. Ladner MD, Beate Danielsen , Ph D. And William M. Gulbert, MD. Acute myocardial infarction in pregnancy and the puerperium: A Population - based study. *Obstet. Gynecol* 2005; 105: 480-4.
- Roth A, Elkayam U. Acute myocardial infarction associated with pregnancy. *Ann Intern Med* 1996; 125: 751-62.