

Tromboembolia venosa en el embarazo

Reporte de un caso

Melisa R. Sánchez¹, Vanina Martínez², Franco Gregorietti¹, Marcelo Guimaraenz³,
Fernando De Feo⁴, María José Estebanez⁴, Raúl Cermesoni⁵

Resumen

La tromboembolia venosa es una enfermedad relativamente frecuente con importante morbimortalidad. En pacientes embarazadas presentan un riesgo incrementado en 5 veces respecto de las no embarazadas, siendo la segunda causa de muerte en dicha población. La prevención, el diagnóstico y el manejo terapéutico se ven complicados por la escasez de abordajes y evidencia validados. Presentamos el caso de una gestante de 9,2 semanas de embarazo con diagnóstico de tromboembolia venosa que evoluciona con compromiso hemodinámico y necesidad de uso de trombolíticos.

Insuf Card 2016; 11 (2): 104-107

Palabras clave: Mujeres embarazadas - Trombosis venosa - Trombosis y embolia - Tromboembolia venosa - Agentes fibrinolíticos - Estreptoquinasa

Summary

Venous thromboembolism in pregnancy A case report

Venous thromboembolism is a relatively frequent condition with a high morbidity and mortality rate. The risk in pregnant patients is five times greater than in not pregnant ones. It's the second cause of death amongst them. Prevention, diagnosis and therapeutic management are complicated by scarcity of approaches and validated evidence. We report the case of a pregnant 9.2 weeks of pregnancy diagnosed with venous thromboembolism evolving with hemodynamic compromise and the need for use of thrombolytics.

Keywords: Pregnant women - Venous thrombosis - Embolism and thrombosis - Venous thromboembolism - Fibrinolytic agents - Streptokinase

¹ Médico residente. Servicio de Cardiología. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Buenos Aires. República Argentina.

² Médica cardióloga. Servicio de Cardiología. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Buenos Aires. República Argentina.

³ Médico cardiólogo. Servicio de Cardiología. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Buenos Aires. República Argentina.

Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología de Bahía Blanca. Buenos Aires. República Argentina.

⁴ Médico cardiólogo. Servicio de Cardiología. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Buenos Aires. República Argentina.

⁵ Jefe del Servicio de Cardiología. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

Institución: Unidad Coronaria del Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Buenos Aires. República Argentina.

Correspondencia: Dra. Melisa Rocío Sánchez.

Espeche 651, Bahía Blanca (CP 8000). Provincia de Buenos Aires. República Argentina.

E-mail: melisanchez88@hotmail.com

Recibido: 11/03/2016

Aceptado: 26/05/2016

Resumo

Tromboembolia venosa na gravidez Relato de caso

A tromboembolia venosa é uma doença relativamente comum com significativa morbidade e mortalidade. Em pacientes grávidas, o risco é 5 vezes maior em comparação com não-grávidas, sendo a segunda causa de morte nesta população. Prevenção, diagnóstico e manejo terapêutico são complicados pela carência de abordagens e provas validadas. Relatamos o caso de uma paciente grávida de 9,2 semanas de gravidez com diagnóstico de tromboembolia venosa evoluindo com comprometimento hemodinâmico e a necessidade de uso de trombolíticos.

Palavras-chave: Mulheres grávidas - Trombose venosa - Trombose e embolia - Tromboembolia venosa - Agentes fibrinolíticos - Estreptoquinase

Introducción

Durante el embarazo, el estado de hipercoagulabilidad es una condición fisiológica que previene futuras hemorragias, aunque esta condición se asocia con un incremento en el riesgo de desarrollo de trombosis venosa y embolia pulmonar¹.

La tromboembolia venosa (TVE), que engloba la tromboembolia venosa profunda (TVP) y la embolia de pulmón (EP), en el embarazo sigue siendo una de las principales causas de muerte en los países desarrollados. El riesgo de TVE es de 4 a 5 veces mayor en las mujeres embarazadas que en las no embarazadas de la misma edad, aunque el riesgo absoluto es algo menor de 1 en 1000 embarazos².

La prevención de muertes por EP en el embarazo requiere un alto índice de sospecha clínica y un enfoque diagnóstico preciso, para poder iniciar la terapéutica en el momento oportuno.

El tratamiento de la EP con compromiso hemodinámico, o EP de alto riesgo en el embarazo, en la actualidad, continúa siendo un dilema por la ausencia de evidencia clínica.

Describimos el caso de una paciente embarazada que presenta EP de alto riesgo, y requerimiento de terapia trombolítica.

Caso clínico

Paciente de 35 años, que cursaba gestación de 9,2 semanas, sin antecedentes patológicos, y que consultó por presentar disnea en reposo asociado a dolor torácico. Refirió, además, dolor y edema en miembro inferior derecho de un mes de evolución.

Al examen físico se evidenció taquicardia (120 lpm), taquipnea, saturación de oxígeno 97% por oximetría de pulso y tensión arterial de 110-70 mm Hg, con temperatura corporal conservada.

Los ruidos cardíacos rítmicos estaban normofonéticos, sin soplos audibles y con disminución de murmullo vesicular en base pulmonar izquierda. Adecuada perfusión distal, sin cianosis. No se objetivó asimetría en miembros inferiores. En el electrocardiograma de ingreso, se observó ritmo

sinusal a 120 lpm, patrón S1 Q3 T3 y T negativas de precordiales derechas (V1 a V4) (Figura 1).

En el laboratorio de ingreso, presentó gases arteriales con hipocapnia sin hipoxemia, dímero D >5 Ug/ml (positivo) y troponina I ultrasensible 510 ng/L (valor normal hasta 10 ng/L).

Se internó en unidad coronaria con sospecha diagnóstica de tromboembolismo de pulmón de moderado riesgo.

Se realizó una ecografía Doppler venosa de miembros inferiores, donde se evidenció una trombosis en la vena femoral superficial, en la vena poplítea, en el tronco tibioperoneo y tibial posterior derecho. En el ecocardiograma Doppler color, se evidenció dilatación moderada del ventrículo derecho, con hipoquinesia lateral. Deterioro moderado de la función, TAPSE (*tricuspid annular plane systolic*: desplazamiento sistólico del anillo tricuspídeo) de 17 mm y presión sistólica pulmonar de 40 mm Hg (Figura 2).

En las primeras horas de internación, la paciente evolucionó con inestabilidad hemodinámica, razón por la cual se decidió iniciar la terapia trombolítica, infundiendo 1.500.000 UI de estreptoquinasa en 120 minutos. La respuesta fue favorable, estabilizándose hemodinámicamente luego de la terapéutica instaurada.

Presentó sangrado en sitio de punción de acceso venoso central y metrorragia con pérdida de 18 puntos de hematocrito. La ecografía obstétrica post-estreptoquinasa reveló embarazo viable sin hematomas retroplacentarios. Se continuó tratamiento con heparina de bajo peso molecular por vía subcutánea. Se le dio el alta al 9º día de evolución.

Discusión

En la actualidad, no hay ningún abordaje validado para el manejo del diagnóstico presuntivo de EP en el embarazo, tampoco se dispone de datos sobre la validez de las reglas de predicción clínica, por lo que la puntuación de Wells pierde utilidad. En consecuencia, hasta que se desarrollen escalas validadas para embarazadas, los profesionales deben optimizar el uso de su juicio clínico^{2,3}.

En cuanto al diagnóstico de EP, las pruebas complemen-

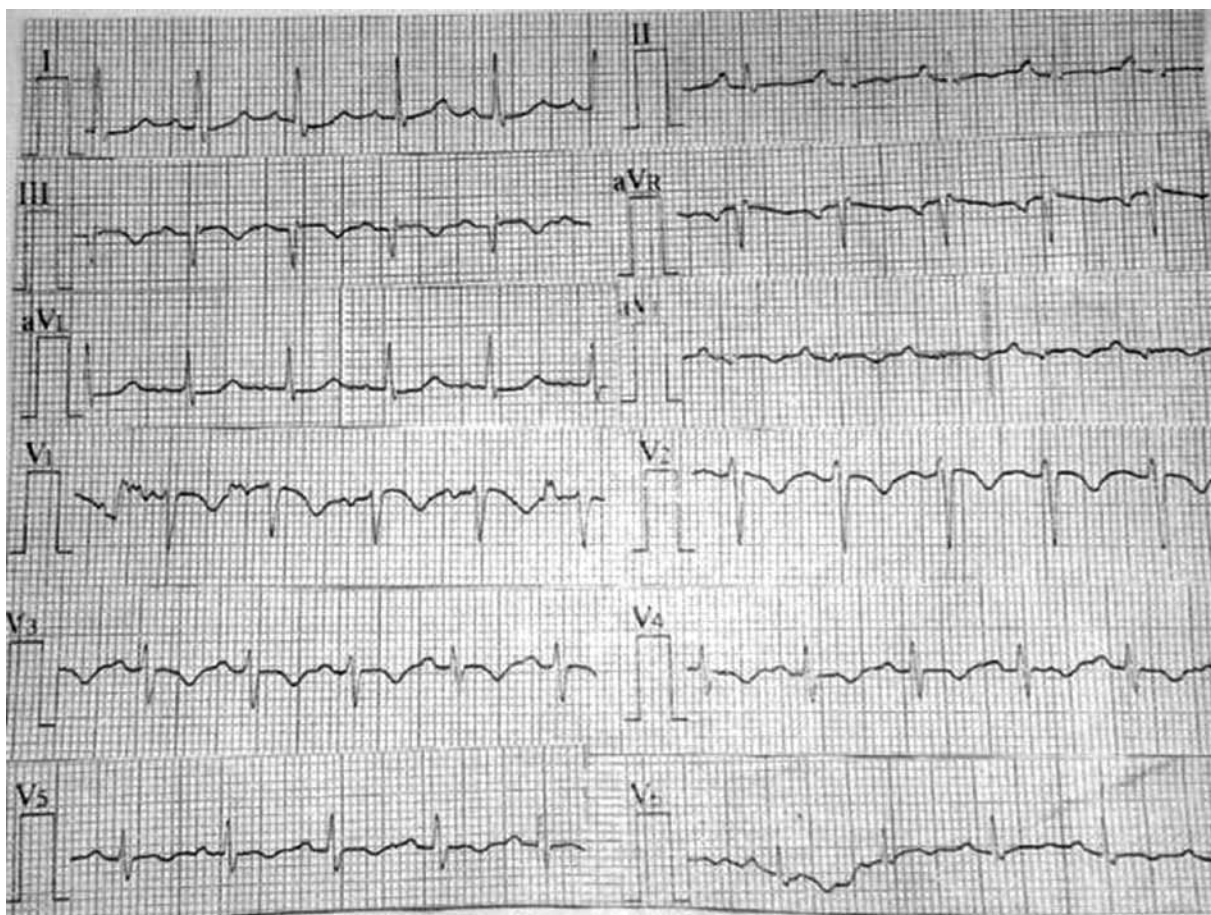


Figura 1. Electrocardiograma de ingreso donde se observó una taquicardia sinusal (120 lpm), QRS de 80 milisegundos con eje a -10° y rotación en el plano frontal horaria (patrón S1 Q3) y T negativas de precordiales derechas (V1 a V4).

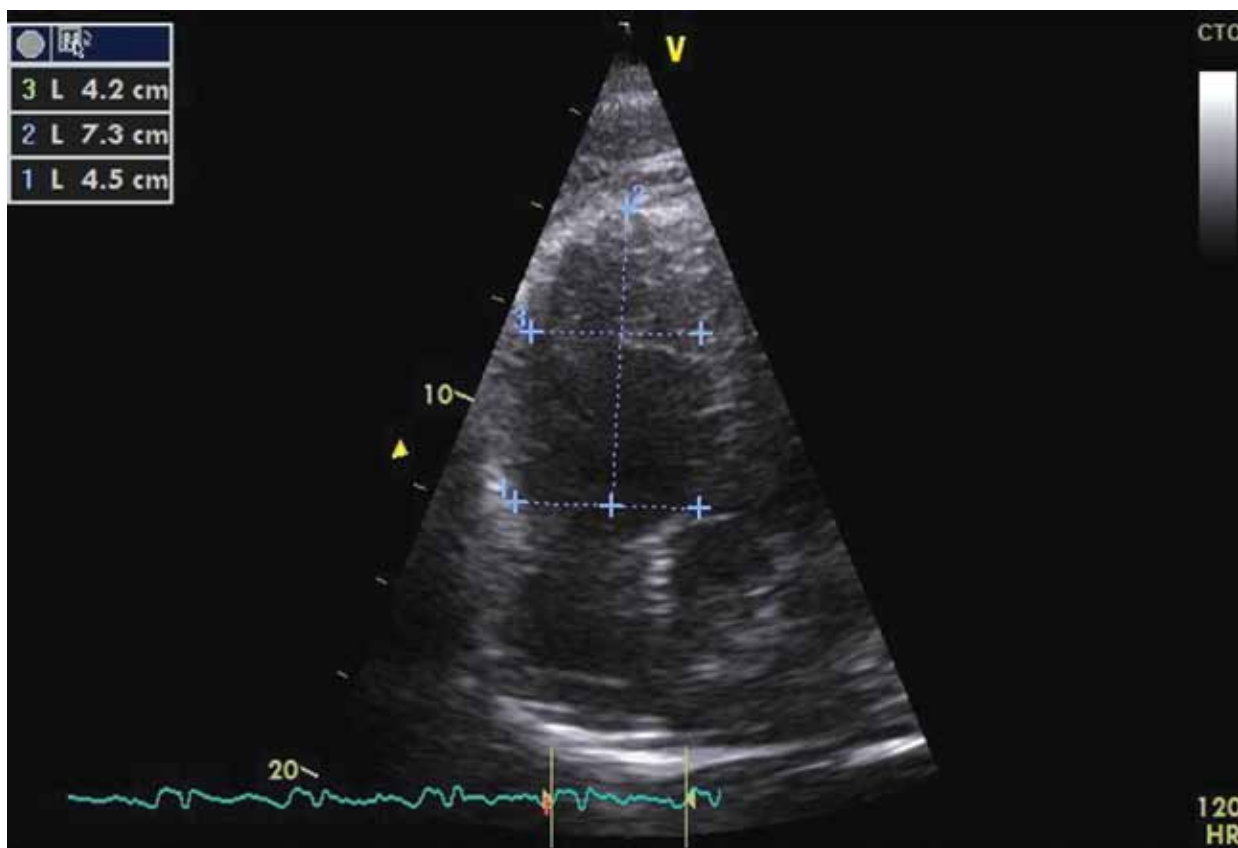


Figura 2. Ecocardiograma Doppler color donde se evidenció dilatación moderada del ventrículo derecho, con hipoquinesia lateral.

tarias como la gasometría arterial y el uso de dímero D presentan valor limitado. En una cohorte de mujeres embarazadas se evidenció que menos del 10% con diagnóstico confirmado de EP presentó una PO_2 menor de 60 mm Hg y menos del 2,9% una saturación venosa menor de 90%⁴. La concentración del dímero D aumenta gradualmente durante el embarazo, y retorna a los niveles normales después de 4-6 semanas posparto. Por lo tanto, el valor del dímero D durante el embarazo podría ser escaso.

El uso de imágenes de diagnóstico en las embarazadas requiere una cuidadosa consideración debido a los efectos teratogénicos y oncogénicos de la radiación. Los estudios ecocardiográficos tienen la ventaja de evitar la radiación y, potencialmente, detectar la TEV, por lo que es considerada el estudio de elección inicial¹.

La terapia anticoagulante en la TEV debe ser iniciada inmediatamente. La heparina de bajo peso molecular es considerada la droga de elección en comparación con la heparina no fraccionada, por su seguridad y efectividad. Ésta no atraviesa la placenta, no se han reportado efectos teratogénicos y ha presentado menores tasas de sangrado⁵. En la EP con compromiso hemodinámico, el tratamiento debe ser focalizado en la terapia trombolítica. En la actualidad, hay un gran número de informes de casos y series de casos publicados sobre su uso en el embarazo, incluyendo casos tratados con estreptoquinasa, uroquinasa y rtPA, cuya mayor preocupación es la hemorragia fetal y materna. En una revisión de la literatura, un reporte de 172 mujeres tratadas con terapia trombolítica (167 de los cuales tenían TVP o EP); los problemas asociados con el tratamiento incluyeron cinco hemorragias maternas como complicaciones no mortales (2,9%) y tres muertes fetales (1,7%). No se han reportado muertes maternas asociadas con esta terapéutica. La mayoría de los eventos hemorrágicos se producen alrededor de los sitios de punción. En el caso puntual de la estreptoquinasa, no hay información que relacione su uso con defectos congénitos. Atraviesa la barrera placentaria en concentraciones mínimas, por lo que es poco probable que ejerza efecto fibrinolítico sobre el feto⁶.

Conclusión

Se sabe que a pesar de las revisiones sobre el tema, aun se requiere más evidencia en base a estudios clínicos, sobre el abordaje diagnóstico, validez de las pruebas complementarias y manejo del TEV en el embarazo.

Recursos financieros

Los autores no recibieron ningún apoyo económico para la investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Bourjeily G, Paidas M, Khalil H, Rosene-Montella K, Rodge M. Pulmonary embolism in pregnancy. *Lancet* 2010; 375: 500-12.
2. Thomson AJ, Greer IA, Liverpool. Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 37b. April 2015.
3. Konstantinides S, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, et al. Guía de práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la embolia pulmonar aguda. *Rev Esp Cardiol* 2015;68(1):64.e1-e45.
4. Schwartz DR, Malhotra A, Weinberger SE. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: Treatment. UpToDate Terms of Use 2016 UpToDate, Inc. Febrero 2016.
5. Romualdi E, Dentali F, Rancan E, Squizzato A, Steidl L, Middeldorp S, et al. Anticoagulant therapy for venous thromboembolism during pregnancy: a systematic review and a meta-analysis of the literature. *J Thromb Haemost* 2013;11:270-81.
6. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011. P: 1355-1357.