

Hipertensión pulmonar y embarazo

Melisa Teixeira ¹; Santiago López ¹; Alejandra Garretano ¹; Pedro Trujillo ¹

1 - Hospital de Clínicas.

Introducción

La hipertensión arterial pulmonar (HTAP) es una entidad con elevada morbi-mortalidad en pacientes embarazadas, su pronóstico ha mejorado con el avance de los tratamientos y el enfoque multidisciplinario. Durante el embarazo ocurren cambios significativos en el GC y las resistencias vasculares que aumentan el riesgo de descompensación cardiovascular. Las fases críticas se dan en el tercer trimestre, parto y postparto provocando insuficiencia ventricular derecha aguda con colapso circulatorio. Presentamos el caso clínico de una paciente embarazada con HTAP.

Caso Clínico

Mujer de 22 años, portadora de lupus eritematoso sistémico (LES) en tratamiento con hidroxicloroquina. Consulta en emergencia por dolor torácico inespecífico y disnea CF III de 1 mes de evolución, cursando embarazo de 15 semanas de edad gestacional (SEG), no planificado. Examen físico: PA 110/60 mmHg, ritmo regular de 75 cpm, segundo ruido acentuado en foco pulmonar, sin soplos. Sin falla cardíaca. ECG: RS 75, onda P y PR normales, EEM 30 grados, QRS estrecho sin trastornos de la repolarización, QT normal. ETT: FEVI normal, VD dilatado, normofuncionante y elementos indirectos de HTP severa (figura 1). Se realiza cateterismo cardíaco derecho que confirma el diagnóstico de HP con fenotipo precapilar asociado a LES (tablas 1 y 2). Luego de asesorar a la paciente acerca de los potenciales riesgos materno-fetales de continuar el embarazo, se inicia tratamiento con sildenafil e iloprost inhalado para la HTAP, azatioprina y corticoides a dosis plenas para el LES. Se realizó estrecho seguimiento clínico, ecocardiográfico materno y ecográfico fetal. Se interrumpió el embarazo mediante cesárea programada a las 34 SEG sin complicaciones, recién nacido sano. A los 14 días se otorgó el alta conjunta. En seguimiento ambulatorio a los 40 días del puerperio la paciente se encuentra asintomática.

Pruebas complementarias

Análítica sanguínea con anemia leve normocítica normocrómica y elementos de actividad lúpica (ANTI-DNA 1020 y C4: 47 C3: 6).

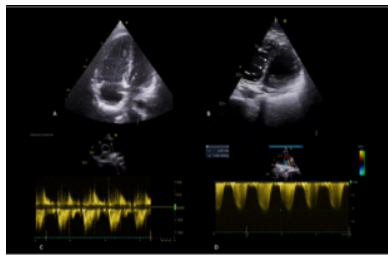


Figura 1. Elementos indirectos de HTP por ETT: A) VD dilatado con diámetros basal 53 mm, medio 48 mm y anteroposterior 46 mm con hipertrofia de su pared libre. B) D- shape en sístole (flecha) sugestivo de sobrecarga de presión del VD. C) Tiempo al pico de la arteria pulmonar acortado con notch mesosistólico. D) Insuficiencia tricúspide moderada con gradiente VD-AD 73 mmHg.

Presiones (mmHg)	Oximetría (O2 %)
POAP 6	AP 76
PAP 70/27/42	VD 76
VD 62/2	AD 76
AD 3	VCS 72,2
VCS 3	VCI 78
VCI 3	Ao/Radial 100
Aorta 130/75/100	

Tabla 1: datos hemodinámicos obtenidos por cateterismo derecho. POAP, presión de oclusión de la AP; PAP, presión de la AP sistólica, media y diastólica; AD, aurícula derecha, VCS vena cava superior; VCI, vena cava inferior.

GC (L/min) / IC (ml/min/m2)	6.58/ 3.86
RVP (UW/dinas)	5.5/ 437
RVP indexadas (UW/dinas)	9.4/ 747
RVS (UW/dinas)	14.8/ 1190
RVS indexadas (UW/dinas)	25/ 2010
Capacitancia Pulmonar (mL/mmHg)	1.83
QP/QS	1

Tabla 2: cálculos hemodinámicos derivados. RVP, resistencias vasculares pulmonares; RVS, resistencias vasculares sistémicas.

Diagnóstico

HTAP asociada a LES en el embarazo.

Discusión

Según la escala de riesgo materno de la Organización Mundial de la Salud las pacientes con HTAP presentan un riesgo “muy alto” recomendando seguimiento y planificación de interrupción del embarazo por parte de un equipo multidisciplinario, conducta adoptada en nuestro centro. Con respecto al manejo terapéutico se optó por tratamiento específico de HTAP y del LES. El tratamiento realizado fue seleccionado considerando seguridad en el embarazo, disponibilidad y tolerancia. Respecto a la vía de finalización del embarazo, oportunidad y manejo anestésico quirúrgico, se optó por cesárea programada a las 34 SEG y anestesia epidural. Estas decisiones tuvieron en cuenta el riesgo/beneficio para el binomio. La asociación de HTAP y embarazo requiere una planificación y estrecho seguimiento por parte de un equipo multidisciplinario, para disminuir la elevada morbi-mortalidad materno-fetal.