

40 CARDIOPATÍA CONGÉNITA Y EMBARAZO

Anabela Fernández¹, Carolina Sosa², Serrana Antúnez², Fabián Martínez²

1. Unidad Docente Asistencial ASSE- HCFFAA. 2. Unidad Docente Asistencial ASSE-HCFFAA.

Introducción: los avances en cardiología pediátrica y cirugía cardíaca han permitido que gran porcentaje de niños afectados de cardiopatías congénitas lleguen a la edad adulta, y las mujeres puedan quedar embarazadas. Por tanto, nos enfrentamos ante una entidad cada vez más frecuente, que asocia en algunos casos alta morbimortalidad materna y fetal, y que representa gran desafío al equipo médico tratante. Presentamos un caso clínico de una paciente portadora de cardiopatía congénita corregida, cursando embarazo.

Caso clínico: 37 años, antecedentes personales de trombofilia, déficit de proteína S. Cardiopatía congénita comunicación interauricular (CIA) y comunicación interventricular (CIV) tipo membranosa diagnosticada a los 20 días de vida, por cateterismo cardíaco. A los 4 meses, se realizó *banding* de la arteria pulmonar, posterior *desbanding* y cierre de *shunts* a los 2 años de vida. En 2006 angioplastia supraválvular pulmonar por estenosis severa en zona de *banding*. En 2021 consulta al cardiólogo por planificación de embarazo. Se realiza ecocardiograma transtorácico (ETT) que evidencia ventrículo izquierdo (VI) de dimensiones y función normal, ventrículo derecho (VD) levemente dilatado, espesor parietal del VD 4,9 mm, válvula pulmonar de morfología normal, apertura conservada sin estenosis ni insuficiencia valvular, a nivel del tronco de la arteria pulmonar, a 2 cm del plano valvular, presenta estenosis severa con gradiente máximo 70 mmHg y medio 31 mmHg, velocidad pico 4,2 m/s. Con planteo de reestenosis supraválvular pulmonar severa se decide realizar nueva angioplastia sobre arteria pulmonar. En junio de 2021 se realiza angioplastia con balón, debido a que la lesión no es pasible de ser tratada con stent por estrecha proximidad con válvula pulmonar. ETT posprocedimiento constata: a 11 mm del plano valvular imagen cicatrizal correspondiente a sector de angioplastia con balón que genera gradiente pico y medio residual de 48 y 28 mmHg, respectivamente. Al mes siguiente la paciente queda embarazada. Cursando 24 semanas de gestación, presenta disnea de esfuerzo progresiva, sin disnea de reposo, sin falla cardíaca, palpitaciones esporádicas, sin arritmias. Bajo tratamiento con régimen hiposódico, heparina de bajo peso molecular y reposo relativo. Se le realizan controles cardiológicos y ecocardiográficos frecuentes, constatándose estenosis supraválvular pulmonar severa con gradientes máximo 62 mmHg y medio 36 mmHg.

Diagnóstico: embarazada con cardiopatía congénita corregida, con estenosis pulmonar supraválvular severa.

Discusión: durante el embarazo se producen cambios hemodinámicos para dar respuesta al incremento de la demanda metabólica materna y fetal, como aumento del volumen plasmático, frecuencia cardíaca y del gasto cardíaco, y disminución de resistencias vasculares periféricas. El aumento del rendimiento cardíaco requerido durante el embarazo puede precipitar la aparición de disfunción ventricular, hipertensión pulmonar por sobrecargas de presión y/o volumen. En la planificación gestacional en pacientes con cardiopatía, es relevante realizar la clasificación de riesgo modificada de la OMS, para evaluar riesgos de descompensación durante la gestación, y recomendaciones terapéuticas. La estenosis supraválvular pulmonar no está contemplada en esta clasificación, pero sí la estenosis valvular pulmonar, que puede tener como complicaciones insuficiencia cardíaca derecha, disfunción VD, arritmias. Estas embarazadas requieren cuidadosa evaluación y manejo, por cardiólogo durante la gestación, parto y puerperio.