

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE GINECOOBSTÉTRICO
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

SÍNDROME DEL QT LARGO EN EL EMBARAZO.
PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.

Por:

Dr. Heriberto Martínez Espinosa¹, Dr. Luis Alberto Rodríguez López² y Dra. Marilyn Luna Alonso³

1. Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Cardiología.
3. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.

Descriptor DeCS:

SINDROME DE QT PROLONGADO
EMBARAZO/fisiología
ELECTROCARDIOGRAFÍA/métodos

Subject headings:

LONG QT SYNDROME
PREGNANCY/physiology
ELECTROCARDIOGRAPHY/methods

El síndrome del QT largo (SQTL) congénito se caracteriza por una prolongación patológica del intervalo QT asociado a síncope o muerte súbita, producto de una arritmia ventricular grave, causada por trastornos de los canales iónicos (Na⁺, K⁺, Ca⁺) conocidos como canulopatías, que guarda relación con el potencial de acción, altera el proceso de la repolarización y ocasiona un desbalance simpático, lo que hace que el paciente sea vulnerable a las arritmias ventriculares malignas¹.

Existen dos formas de presentación: La sintomática (60 %), acompañada de síncope y paro cardíaco relacionado con la actividad física, con aumento de los estímulos adrenérgicos, emoción intensa, entre otros, y la forma asintomática (40 %), diagnosticada en miembros de una familia con SQTL o en un electrocardiograma (ECC) realizado de forma sistemática.

Presentación del paciente

Se trata de una paciente de 32 años de edad, piel blanca, origen caucásico y gesta 2 para 1, con embarazo de 27 semanas, que fue remitida a la consulta de cardiopatía y embarazo del Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara, por presentar antecedentes de palpitaciones, en una ocasión acompañadas de pérdida de la conciencia. Al realizar examen físico cardiovascular se halló pulsos periféricos sincrónicos y de intensidad normal. A la auscultación, los ruidos cardíacos estaban rítmicos; no había presencia de tercero y cuarto ruidos, ni se percibieron soplos. Se le realizaron algunos exámenes complementarios de interés. El ECG (Fig 1) muestra extrasístoles ventriculares con intervalo QTc 0,52 seg y un ecocardiograma bidimensional que no mostró anomalías estructurales de cámara y aparatos valvulares .



Fig 1 Electrocardiograma sin marcapaso implantado.

Fue ingresada en la sala de Cardiología del Cardiocentro de Villa Clara donde se inicia tratamiento betabloqueador del tipo propranolol (60 mg diarios); posteriormente, para mantener una frecuencia cardíaca adecuada para la madre y el feto, se decide colocar estimulación eléctrica programada con marcapaso bicameral a una frecuencia de 90 latidos por minuto, con lo que desaparece la arritmia extrasistólica (Fig 2).

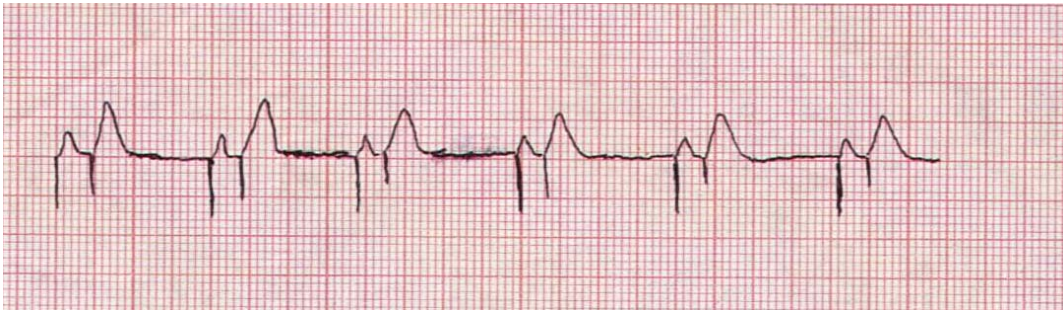


Fig 2 Electrocardiograma con el marcapaso implantado.

La paciente tuvo una evolución favorable, con parto transpélvico, sin complicaciones. Tras 12 meses de seguimiento evolutivo, se encuentra asintomática.

Comentario:

El SQTL congénito es una entidad con una incidencia de 1:10 000 habitantes y una relación masculino/femenino 1:1¹. Los efectos del embarazo sobre la mujer con SQTL hereditario son actualmente desconocidos. Minakami² afirma que el embarazo provoca un aumento de estimulación simpática, que es el principal factor desencadenante de la dispersión de la repolarización, como predictor independiente de los trastornos cardíacos adversos, que son el síncope y la muerte cardíaca súbita consecutiva a una arritmia ventricular grave, como es la torsades de points, tanto en el embarazo como en el posparto.

Rashba³, en un estudio retrospectivo, analiza a 22 pacientes embarazadas con SQTL, y afirma que durante un monitoreo continuo en el periparto, el incremento del intervalo QT puede estar incluido por el estrés emocional, la sugestión física o ambos, durante la labor de parto. Otros autores plantean que los cambios hormonales que ocurren en el embarazo desencadenan síncope cardíacos en las pacientes con SQTL.

El tratamiento médico apropiado del SQTL en el embarazo no ha sido bien establecido². El tratamiento profiláctico con betabloqueadores debe ser continuado durante todo el embarazo y el posparto, ya que suprime la influencia de la estimulación simpática y regula el efecto adrenérgico sobre los canales. La utilización del verapamilo, si no tolera los betabloqueadores, no ha sido avalada por estudios importantes⁴. La utilización de estimulación eléctrica por marcapaso se indicará si existen bradiarritmias asociadas, la cual, junto a los betabloqueadores, constituye el tratamiento más usado⁵.

Referencias bibliográficas

1. Shanbag P, Govindakumar PT, Vaidy M, Joshi V, Shabid SK. The congenital long QT syndrome. *Indian J Pediatr* 2002;69(2):141-4.
2. Minakami H, Nakayama T, Ohno T, Kuroki S, Sato L. Effect of vaginal delivery on the Q- Tc interval in patient with the long Q-T (Rimano- Ward) syndrome. *J Obstet Gynaecol Res* 1999;25(4):251-4.
3. Rashba EJ, Zareba W, Moss AJ, Hall WJ, Robinson J, Locati EH, et al. Influence of pregnancy on the risk for cardiac events in patients with hereditary long QT syndrome. *LQTS investigators. Circulation* 1998;97(5):451-6.
4. Welde AA. Is there a role for implantable cardioverter defibrillators in long QT syndrome? *J Cardiovasc Electrophysiol* 2002;13(Supl 1):110-3.
5. Shimizu W, Tanabe Y, Alba T, Inagaki M, Kurita T. Differential effects of beta- blockader on dispersion of repolarization in the absence and presence of sympathetic stimulation between the LQT1 and LQT2 forms of congenital long syndrome. *J Am Coll Cardiol* 2002;39(12):1994-1.