

Cartas científicas

Aneurisma de aorta abdominal en el síndrome de Marfan durante la gestación

Abdominal Aortic Dilatation During Pregnancy in Marfan Syndrome

Sra. Editora:

Presentamos el caso de una gestante de 29 años con Marfan que presentaba al inicio de la gestación un diámetro de raíz de aorta < 45 mm, sin otras alteraciones. Fue diagnosticada de síndrome de Marfan 2 años antes, a partir de un estudio familiar¹. La paciente realizó un control cardiológico previo a la gestación, y el ecocardiograma transesofágico evidenció un diámetro de la raíz de la aorta de 43 mm a nivel de los senos de Valsalva (fig. 1).

En la semana 30 de gestación, como hallazgo de la ecografía obstétrica se observó una dilatación en aorta abdominal compatible con aneurisma trombosado. Se realizó una resonancia magnética, que informó de un aneurisma de aorta abdominal que se originaba justo debajo de la arteria mesentérica superior hasta la bifurcación aórtica, con un diámetro máximo de 58 mm y trombo parietal asociado, sin imágenes de disección ni dilatación observable en la aorta torácica (fig. 2). El ecocardiograma transtorácico informó de ventrículo izquierdo no dilatado, con función sistólica conservada (fracción de eyección, 55%), cavidades derechas normales y aorta ascendente dilatada a nivel de los senos de Valsalva (45 mm).

Durante la gestación, la paciente recibió tratamiento bloqueador beta con dosis máxima de atenolol (50 mg/día), y se mantuvo buen control de la presión arterial (presión arterial sistólica < 120 mmHg).

Después de que un equipo multidisciplinario (obstetras, cardiólogos, cirujanos vasculares y anestesiastas) evaluara el riesgo materno-fetal tras este nuevo hallazgo, se decidió finalizar la gestación tras la madurez fetal. Se realizó una cesárea y se obtuvo un recién nacido vivo varón de 1.410 g de peso, test de Apgar de 7 al minuto y de 9 a los 5 min, pH arterial de 7,4 y venoso de 7,5. La paciente fue dada de alta a los 7 días de la cesárea para realizar de manera programada la reparación del aneurisma de aorta abdominal. Un mes más tarde, la paciente ingresó; se le realizó resección de aneurisma de aorta abdominal y se le colocó un injerto de dacrón

de 20 mm desde aorta torácica distal a bifurcación aórtica. Durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos requirió politransfusión, nutrición parenteral y hemofiltración continua por insuficiencia renal aguda. A los 17 días, presentó una disección retrógrada de aorta torácica. Ante la situación crítica de la paciente, se desestimó la cirugía y se decidió colocar, de forma emergente, endoprótesis de Cook en la aorta torácica. Finalmente, fue dada de alta 3 meses después del ingreso con aceptable estado general.

Se ha descrito un gran número de complicaciones cardíacas en gestantes con síndrome de Marfan, de las que la más característica es la disección de la aorta torácica². Sin embargo, la aparición de un aneurisma en la aorta abdominal durante la gestación en estas pacientes sólo se ha descrito previamente en un hallazgo durante el puerperio³.

Aunque la mayoría de las disecciones ocurren en la aorta ascendente, también pueden afectar a la aorta torácica descendente y/o a la abdominal. También es posible que ocurra una disección de aorta en el grupo de bajo riesgo, sin dilatación de aorta⁴. Aunque es raro, la mujer debe estar informada de que un ecocardiograma normal no es igual a ausencia de riesgo. Se debe incluir en la evaluación la historia familiar de disección de aorta o el rápido crecimiento del diámetro aórtico en el momento de discutir el riesgo¹. Es fundamental la valoración de toda la aorta antes y durante el embarazo. Es posible que la valoración biomecánica de la aorta mediante el estudio de distensibilidad ayude a identificar casos sin dilatación aórtica pero con riesgo de dilatación o disección⁵.

En gestaciones con edad gestacional inferior a 28 semanas, el tratamiento aconsejado es la reparación de la aorta o el tratamiento médico sin finalizar la gestación; si la edad gestacional es superior a 32 semanas, el tratamiento aconsejado es finalizar la gestación mediante cesárea y la reparación aórtica posterior o tratamiento médico; si la edad gestacional está comprendida entre 28 y 32 semanas, la decisión debe ser individualizada y consensuada con la madre y los neonatólogos⁶.

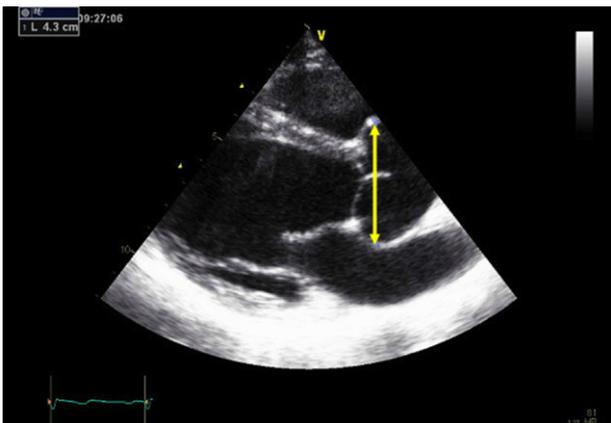


Figura 1. Ecocardiograma transtorácico previo a gestación que muestra raíz aórtica dilatada con diámetro máximo de 43 mm.

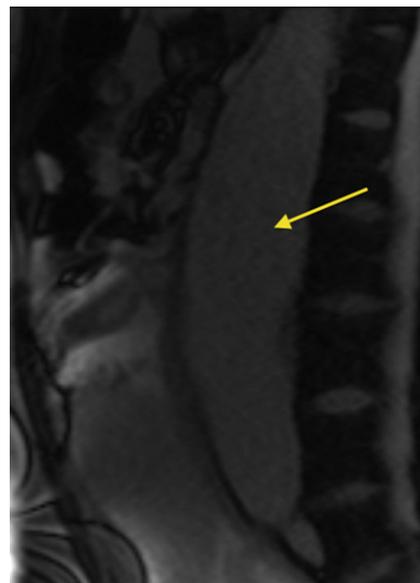


Figura 2. Resonancia magnética en plano sagital (secuencia de sangre blanca sin contraste), que muestra imagen del aneurisma de aorta abdominal (flecha).

Una de las enseñanzas del caso es que la ecografía abdominal debería practicarse para valorar el tamaño de aorta abdominal, especialmente a partir del segundo trimestre de gestación cuando se incrementa el gasto cardiaco. Ante la evidencia de cualquier incremento del tamaño aórtico mediante ecografía abdominal, la resonancia magnética estaría indicada para una valoración más exacta. El riesgo de rotura o disección aórtica secundario al desarrollo de una gran dilatación o aneurisma es muy alto e implica un pronóstico infausto.

Como conclusión, toda mujer afecta de síndrome de Marfan que desee gestar debe ser asesorada y aconsejada por un equipo multidisciplinario, formado principalmente por el cardiólogo y el obstetra, para valorar el riesgo individualizadamente⁶.

Maria Goya^{a,*}, Maria Alvarez^a, Gisela Teixido-Tura^b, Carme Merced^a, Victor Pineda^c y Arturo Evangelista^b

^aUnidad de Medicina Materno-Fetal, Servicio de Obstetricia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^bUnidad de Marfan, Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^cUnidad de Resonancia Magnética, Servicio de Radiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correos electrónicos: mariagoya@mac.com, mgoya@vhebron.net (M. Goya).

On-line el 2 de diciembre de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Lebreiro A, Martins E, Almeida J, Pimenta S, Bernardes JM, Machado JC, et al. Utilidad del diagnóstico molecular en una familia con síndrome de Marfan y un fenotipo vascular atípico. Rev Esp Cardiol. 2011;64:151-4.
2. Immer FF, Bansal AG, Immer-Bansi AS, McDougall J, Zehr KJ, Schaff HV, et al. Aortic dissection in pregnancy: analysis of risk factors and outcome. Ann Thorac Surg. 2003;76:309-14.
3. Tomihara A, Ashizawa N, Abe K, Kinoshita N, Chihaya K, Yonekura T, et al. Risk of development of abdominal aortic aneurysm and dissection of thoracic aorta in a postpartum woman with Marfan's syndrome. Intern Med. 2006;45:1285-9.
4. Groenink M, Lohuis TA, Tijssen JG, Naef MS, Hennekam RC, Van der Wall EE, et al. Survival and complication free survival in Marfan's syndrome: implications of current guidelines. Heart. 1999;82:499-504.
5. Nollen GJ, Groenink M, Tijssen JG, Van Der Wall EE, Mulder BJ. Aortic stiffness and diameter predict progressive aortic dilatation in patients with Marfan syndrome. Eur Heart J. 2004;25:1146-52.
6. Expert Consensus Document on Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2003;24:761-81.

doi: 10.1016/j.recesp.2011.04.026

Morfología de la onda P y recurrencia tras cardioversión de fibrilación auricular aislada

P Wave Morphology and Recurrence After Cardioversion of Lone Atrial Fibrillation

Sra. Editora:

Un 30-60% de los pacientes sometidos a cardioversión de fibrilación auricular (FA) sufre una recurrencia (R-FA) a medio plazo¹. Entre las variables asociadas a R-FA, la dilatación de la aurícula izquierda (AI)^{2,3} probablemente sea la más reconocida. Sin embargo, hay poca información referente a la capacidad de la morfología de la onda P para predecir la probabilidad de R-FA. La onda P refleja la despolarización eléctrica auricular y, cuando es bifásica en la derivación precordial V1, la porción negativa terminal representa la activación eléctrica de la AI⁴, por lo que, cuando está aumentada de magnitud, se asocia a incremento de volumen de AI, retraso en la conducción o ambos. Nuestro objetivo es determinar

si la presencia de una deflexión terminal negativa de la onda P en V1 de duración ≥ 40 ms y $\geq 0,1$ mV (DTNV1) permite discriminar a los pacientes con mayor riesgo de R-FA tras cardioversión de FA aislada de reciente comienzo (fig. 1).

Entre enero de 2006 y marzo de 2007, analizamos de forma prospectiva a 146 pacientes consecutivos con FA aislada de reciente comienzo (< 48 h) revertida a ritmo sinusal (RS) en nuestro centro: en 61 pacientes (42%) la FA finalizó espontáneamente, mientras que en 85 (58%) requirió cardioversión eléctrica (n = 38) o farmacológica (n = 47). Ningún paciente tenía disfunción ventricular ni cardiopatía valvular significativa. La tabla 1 recoge las características basales de nuestra población. Se realizó seguimiento durante un año. Se definió como R-FA la recurrencia clínica (percepción de pulso arritmico durante más 1 min) o electrocardiográfica de la FA en las visitas programadas o en las adicionales durante el seguimiento.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS/PC 17 (SPSS Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos). Las variables continuas con distribución normal se describen como

Tabla 1

Análisis univariable de los predictores de recurrencia de fibrilación auricular (log rank test)

Variable	Valor población total, n (%)	R-FA, % ^a	Log rank (χ^2)	p
Edad > 75 años	40 (27)	40 frente a 56	0,43	0,51
Varones	93 (53)	56 frente a 59	0,11	0,74
Hipertensión	90 (61)	57 frente a 57	0	1
Diabetes mellitus	21 (14)	52 frente a 58	0,62	0,43
FA persistente	85 (58)	59 frente a 56	1,16	0,28
Tratamiento con fármacos antiarrítmicos ^b	56 (38)	50 frente a 62	1,51	0,22
IECA/ARA-II	77 (53)	55 frente a 61	1,54	0,22
Aclaramiento de creatinina < 60 ml/min	18 (12)	78 frente a 55	6,92	0,01
Área AI ≥ 20 cm ²	85 (54)	65 frente a 48	6,8	0,01
DTNV1	65 (44)	72 frente a 46	11,55	0,001

AI: aurícula izquierda; ARA-II: antagonistas del receptor AT1 de la angiotensina II; DTNV1: deflexión terminal negativa de la onda P en V1 ≥ 40 ms y $\geq 0,1$ mV; FA: fibrilación auricular; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; R-FA: recurrencia de fibrilación auricular.

^a Porcentaje de pacientes con recurrencia de FA tras cardioversión: variable presente frente a variable ausente.

^b Veintiocho pacientes estaban en tratamiento con amiodarona y 28 con flecainida.