

Fig. 1. Oclusión de la arteria descendente anterior.

de modo que son más frecuentes los trombos y la disección coronaria². La angioplastia primaria es el tratamiento de elección del infarto agudo de miocardio durante el embarazo, ya que es el más seguro para la mujer y el feto³.

Presentamos el caso de una mujer de 39 años gestante primípara en la sexta semana de gestación, fumadora de 1 paquete/día sin otros factores de riesgo cardiovascular. Presenta opresión centrotorácica de 15 min de duración, y el electrocardiograma muestra ascenso del segmento ST en derivaciones anterolaterales; ingresa en la unidad coronaria y se decide realizar coronariografía urgente con protección abdominopelviana; se evidencia oclusión ostial de la arteria descendente anterior de tipo trombótico, pero no se objetiva angiográficamente disección coronaria (fig. 1); al inicio del procedimiento se administra dosis de carga de clopidogrel, aspirina y heparina sódica y se procede a implantar un *stent* convencional en la zona de oclusión; durante el procedimiento la paciente presenta de nuevo dolor torácico y se evidencia la aparición de trombo en la porción proximal de la arteria circunfleja y el tronco coronario izquierdo (fig. 2), por lo que se administra abciximab y adenosina intracoronaria y se dilatan con técnica de *kissing*-balón el tronco coronario izquierdo, la arteria descendente anterior y la arteria circunfleja. La evolución posterior es buena; el ecocardiograma muestra hipocinesia en los segmentos apicales de las caras lateral, anterior e inferior, con fracción de eyección en el límite inferior de la normalidad y electrocardiograma que muestra necrosis anteroseptal. Se prescribe aspirina de forma indefinida y clopidogrel, y después se decide mantener el clopidogrel durante 12 meses. La evolución del embarazo es normal, y en la semana

Uso de antiagregantes plaquetarios durante el embarazo

Sr. Editor:

La incidencia del síndrome coronario agudo durante el embarazo oscila entre 1,5 y 3,3 casos cada 100.000 embarazos¹. Los principales factores de riesgo son la edad materna avanzada, los factores de riesgo cardiovascular clásicos y la anemia severa; la mortalidad materna es muy elevada y la etiopatogenia difiere de la observada fuera del embarazo,

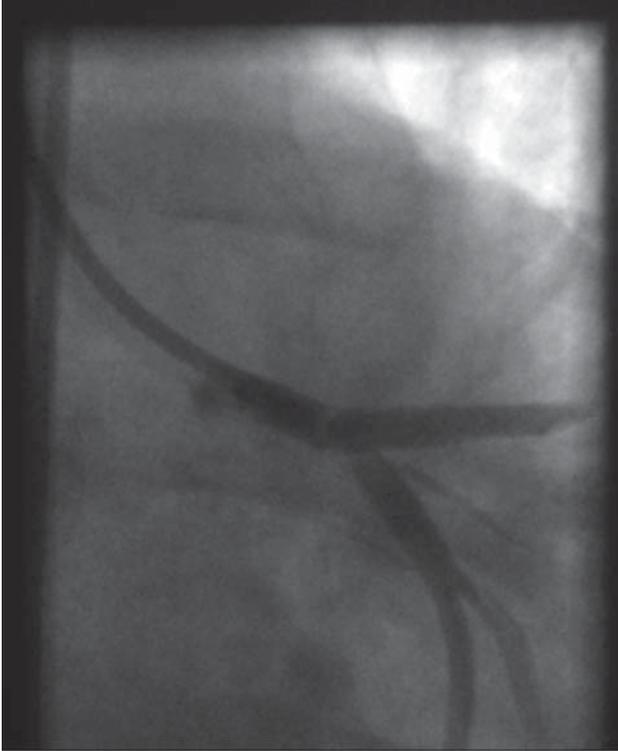


Fig. 2. Trombo en el tronco coronario izquierdo y la arteria circunfleja.

41 de gestación ingresa en el hospital materno-infantil con rotura prematura de membranas, por lo que se indica cesárea; se administran concentrados de plaquetas antes del procedimiento y se realiza raquianestesia; nace una niña, a término y con peso adecuado para su edad gestacional, en la que se detecta un foramen oval permeable de 0,2 mm, comunicación interventricular muscular restrictiva y una insuficiencia mitral moderada, que en un control posterior a los 2 meses es ligera. La madre evoluciona favorablemente sin episodios anginosos, signos de insuficiencia cardíaca o anemia, y a las 24 h se reinicia la administración de aspirina y clopidogrel.

Nos parece importante comunicar nuestra experiencia ante lo inusual del caso y la escasa experiencia con el uso de antiagregantes durante el embarazo. Con respecto al uso de clopidogrel, se ha comunicado la experiencia en un número reducido de casos en humanos sin que se haya descrito complicaciones⁴ aparentes; en cuanto al uso de inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa, se describe algún caso con abciximab⁵ y 1 sólo con tirofiban⁶, y nunca durante el primer trimestre del embarazo. En este caso, a pesar de que se implantó un *stent* no recubierto, por su localización y la presencia de trombo intracoronario se optó por la administración prolongada de clopidogrel; en el caso del abciximab, se decidió su utilización ante la aparición de trombo durante el procedimiento. No es posible establecer

ni descartar una relación entre el uso de antiagregantes plaquetarios, junto con los posibles efectos de la radiación en el periodo de organogénesis, y las malformaciones cardíacas que presentó la recién nacida, teniendo en cuenta que son anomalías relativamente frecuentes y de pronóstico benigno⁷, aunque debería tenerse en cuenta esta posible relación. Por otro lado, nos encontramos con la necesidad de realizar una cesárea en una paciente a la que se estaba administrando clopidogrel, por lo que se optó por la administración de concentrados de plaquetas antes del procedimiento, con lo que se consiguió controlar el sangrado excesivo y la aparición de complicaciones agudas en la paciente.

Pablo Santiago-Díaz, Antonio L. Arrebola-Moreno, José A. Ramírez-Hernández y Rafael Melgares-Moreno
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Granada. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Petitti D, Sidney S, Quesenberry CP, Bernstein A. Incidence of stroke and myocardial infarction in women of reproductive age. *Stroke*. 1997;28:280-3.
2. González I, Armada E, Díaz J, Gallego P, García Moll M, González A, et al. Guías de la Sociedad Española de Cardiología en la gestante con cardiopatía. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:1474-95.
3. Pijuán A, Gatzoulis M. Embarazo y cardiopatía. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:971-84.
4. Klinzing P, Markert UR, Liesaus K, Peiker G. Case report: successful pregnancy and delivery after myocardial infarction and essential thrombocythemia treated with clopidogrel. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2001;28:215-6.
5. Sebastian C, Scherlag M, Kugelmass A, Schechter E. Primary stent implantation for acute myocardial infarction during pregnancy: use of abciximab, ticlopidine, and aspirin. *Cathet Cardiovasc Diagn*. 1998;45:275-9.
6. Boztosun B, Olcay A, Avci A, Kirma C. Treatment of acute myocardial infarction in pregnancy with coronary artery balloon angioplasty and stenting: Use of tirofiban and clopidogrel. *Int J Cardiol*. 2008;127:413-6.
7. Webb G, Williams R. 32nd Bethesda conference: Care of the adult with Congenital Heart Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37:1161-98.