

## **CASO CLÍNICO: EXTRASISTOLIA VENTRICULAR INDUCIDA POR EL EMBARAZO**

**Dr. Freddy Rivera Peña. Dr. Sergio Villarroel Espinoza. Dr. Raúl Arnéz Terrazas.**

**Servicio de cardiología – Hospital Obrero 2 Caja Nacional de Salud**

**Cochabamba – Bolivia**

Se trata de una paciente de 38 años, que acude a consulta externa de cardiología, cursando 37 semanas de embarazo. Sin antecedentes patológicos de importancia, excepto dos cesáreas previas, por lo cual se solicita valoración cardiológica para cirugía cesárea, debido a la pesquisa de ruidos cardíacos irregulares.

La paciente no refería sintomatología, pero al examen físico se confirma pulso irregular, con FC x 68 lpm, y a la auscultación cardíaca presenta ritmo irregular sin soplos. Se encontraba normotensa con PA 120/70mmHg. La auscultación pulmonar era normal y no presentaba edema de extremidades.

### **Exámenes complementarios:**

- **Laboratorios:** Hb 12.6 g/dl, Hto 37.6% con recuento plaquetario normal. Glicemia 71mg/dl. Creatinina 1.3mg/dl. HAI Chagas negativo. Elisa Chagas negativo
- **Electrocardiograma:** Ritmo sinusal, con presencia de extrasístolia ventricular monomorfa frecuente (bigeminada). (Figura 1)
- **Holter de 24 horas:** Ritmo sinusal, con una frecuencia cardíaca (FC) promedio de 89 lpm. FC máxima y mínima de 127 lpm y 65 lpm, respectivamente. Destacaba presencia de extrasistolía ventricular monomórfica aislada muy frecuente, con un predominio de bigeminismo (25.114), observándose incluso trigeminismo (230). Presentaba una carga total de 26.903 extrasístoles ventriculares en el día. (Figura 2)
- **Ecocardiograma:** FEVI 70%. Movimiento anormal septal. PSAP 32mmHg. Insuficiencia tricúspide leve. Sin evidencia de patología estructural o congénita.

**Evolución y tratamiento:** Con el electrocardiograma y estudio holter de 24 horas se inició tratamiento antiarrítmico con fármaco betabloqueante (propranolol), para realizar procedimiento quirúrgico de cesárea a las 39 semanas de gestación el cual se realiza sin complicaciones. Se programa estudio holter a 2 meses de realizado el procedimiento quirúrgico, en la cual se evidencia disminución de extrasistolía ventricular simple con carga total <1% (172). (Figura 3). Con estos resultados y ante ausencia de sintomatología se decidió suspender betabloqueante, realizando a los tres meses un test de esfuerzo en banda ergométrica y Holter de 24 horas sin tratamiento farmacológico, evidenciando ausencia de extrasístolia ventricular. (Figura 4).

Discusión: Aunque las arritmias sean una de las consultas más comunes durante la gestación, afortunadamente la mayoría se deben a arritmias benignas (1) Suelen ser bien toleradas dado que no suele existir cardiopatía orgánica, como el caso de nuestra paciente. La etiología exacta de las arritmias que ocurren durante el embarazo no está clara, pero se postula que los cambios hormonales, hemodinámicos y autonómicos influyen, además de un período refractario acortado, conducción más lenta y un desajuste entre la despolarización y la refractariedad. También hay un aumento en la actividad adrenérgica y los estímulos autónomos que son de naturaleza proarrítmica (2)

Luego de la extrasistolia ventricular; la fibrilación auricular y la taquicardia paroxística supraventricular son las arritmias más frecuentes encontradas en el embarazo (3). Los episodios sintomáticos ocurren en 20 a 44% de las mujeres embarazadas, por lo general como palpitaciones, mareos o síncope (4). Para el tratamiento de los episodios agudos, se pueden utilizar diferentes fármacos de forma segura para la madre y para el feto, como el propranolol fármaco betabloqueante utilizada en este caso. En este caso el curso fue benigno con ausencia de arritmia una vez finalizado el periodo gestacional y documentado a los tres meses en holter de 24 horas.

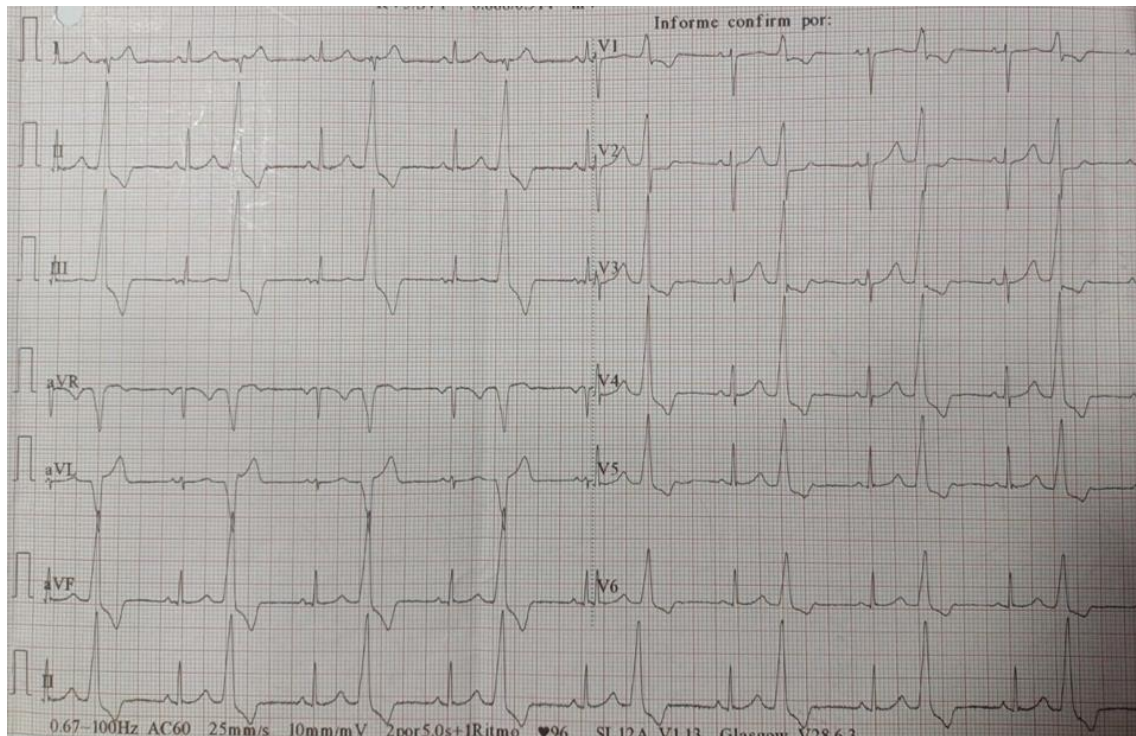


Figura 1. Electrocardiograma con episodios de bigeminismo.

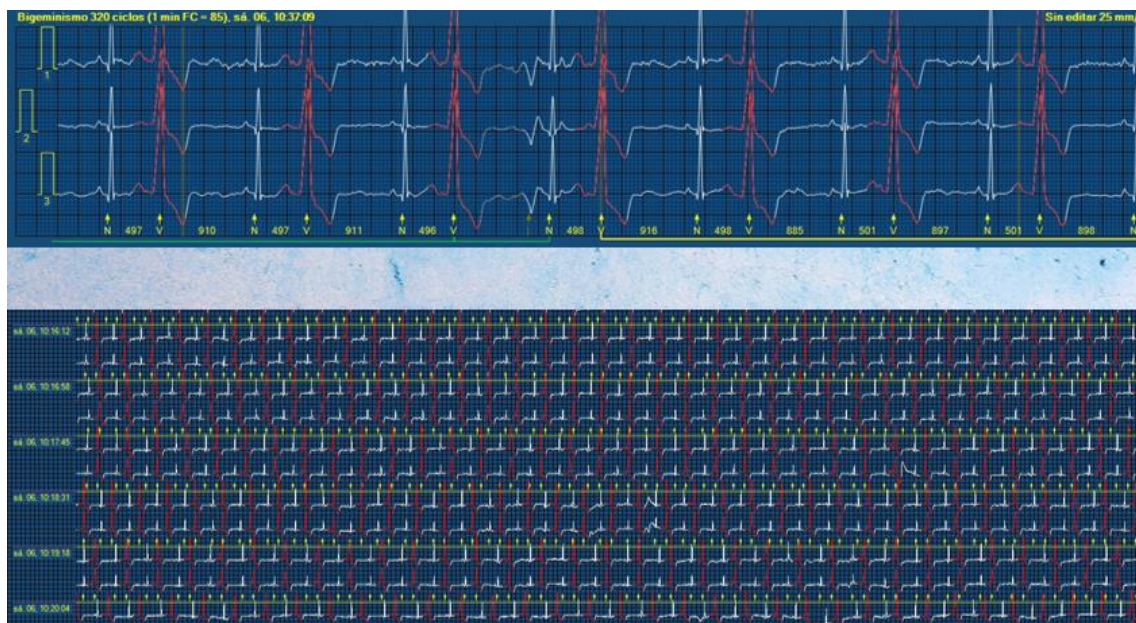


Figura 2. Estudio holter de 24 horas evidenciando carga de extrasistolia ventricular (bigeminismo)



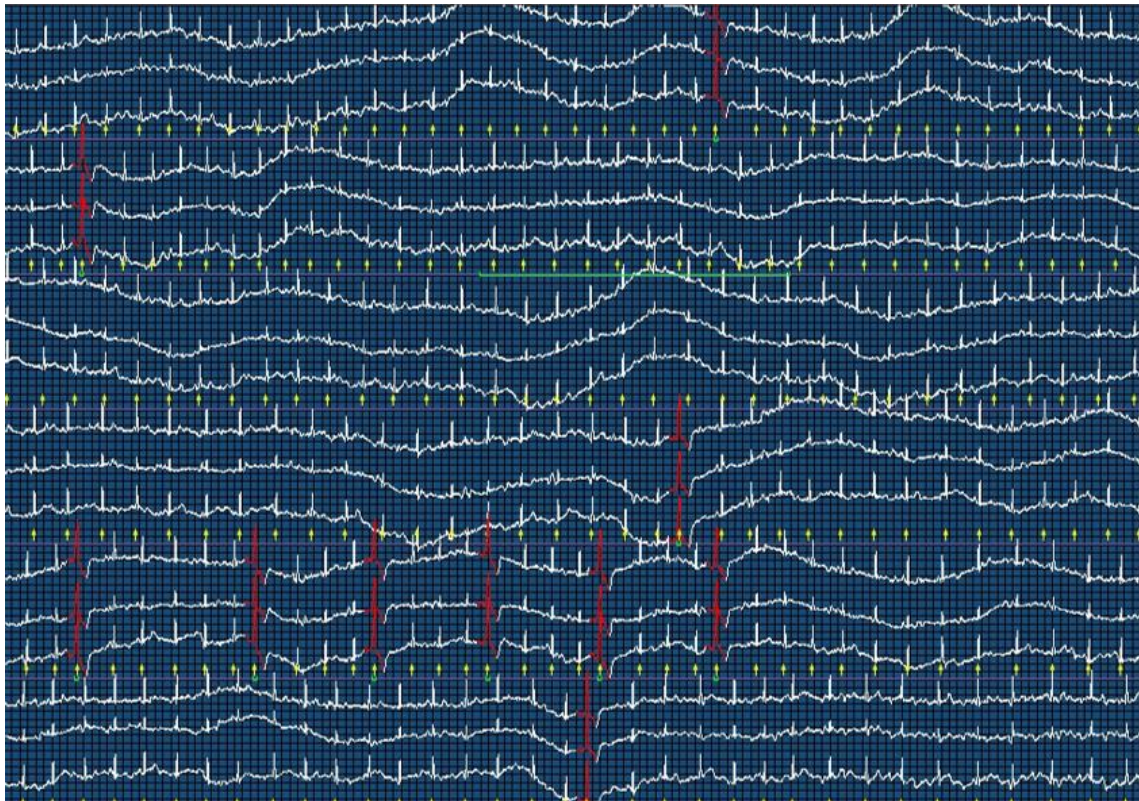


Figura 3. Estudio holter de 24 horas de control a los 2 meses (disminución de carga ventricular extrasistólica).

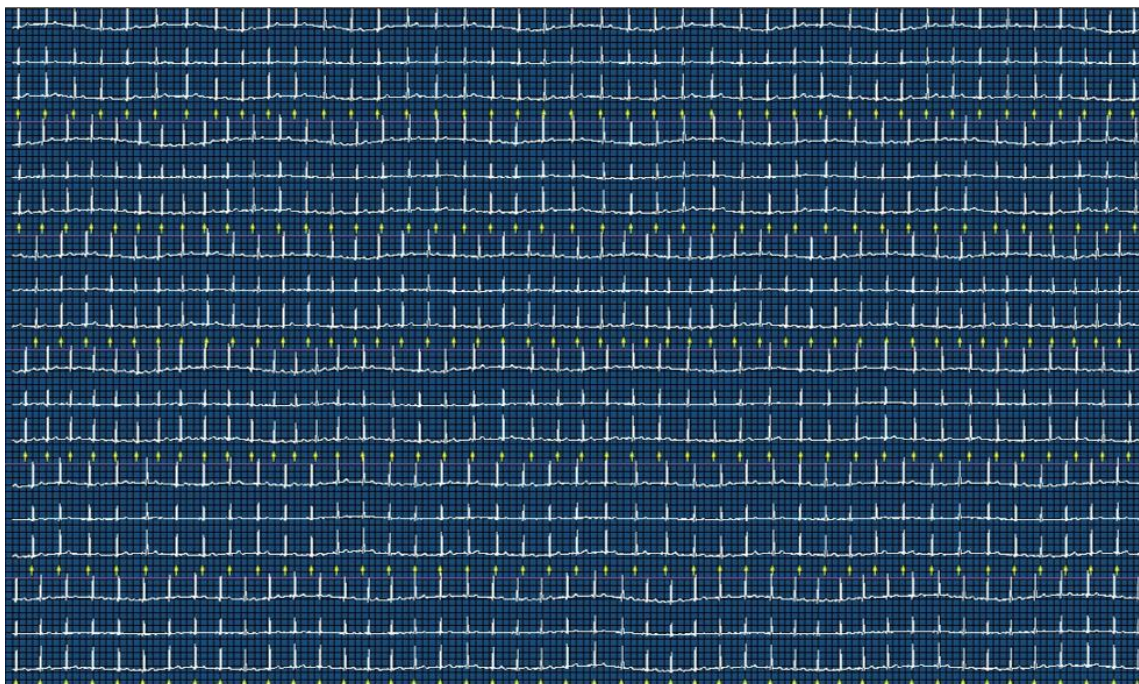


Figura 4. Estudio holter de 24 horas de control a 3 meses, sin tratamiento farmacológico. Ausencia de extrasistolia ventricular.

## Referencias

- 1-Alberca Vela T, Palma Amaro J y García-Cosío Mir F. Arritmias y embarazo. Rev Esp Cardiol 1997; 50: 749-759
- 2-Ananthakrishnan R, Sharma S, Joshi S, Karunakaran S, Mohanty S. ECG changes in pregnancy- An observational study. J Mar MedSociety 2020 ;22:187-92
- 3-Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Blomström-Lundqvist C, Cifková R, De Bonis M,et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur Heart J. 2018 Sep 7;39(34):3165-3241
- 4-Ferreira NS, Barros TL, Gismondi RA. Supine Frequent Ventricular Extrasystoles in a Pregnant Woman without Structural Heart Disease. Case Rep Med. 2016; 2016: 6213198 doi: 10.1155/2016/6213198.

.