

Comportamiento Atípico de la Enfermedad Reumática en el Transcurso del Embarazo. A Propósito de un Caso

Lurildo Cleano Ribeiro Saraiva, Aluísio Macedo, Ana Elizabeth M. Batista

Serviço de Cardiologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE - Brasil

Se describe el caso de una mujer de 31 años de edad que, en el transcurso de la segunda gestación, presentó cuadro atípico de enfermedad reumática en la 28ª semana. Se discutirán los aspectos relacionados a la prevención de la molestia y al tratamiento en el ciclo grávido-puerperal.

Introducción

La persistencia de la enfermedad reumática (DR) como endemia en Pernambuco hace con que aparezcan formas clínicas raras en regiones más desarrolladas, la neumonía reumática¹ es un ejemplo.

El diagnóstico de la molestia en el transcurso del embarazo representa, hoy día, evento clínico muy raro, con prevalencia de un 0,65%, permitiendo resaltar aspectos peculiares que dicen respecto a su tratamiento y su prevención². La descripción de caso posiblemente recurrente en el transcurso del ciclo grávido-puerperal constituye la razón de esta publicación.

Informe del Caso

Mujer de 31 años, vecina de la ciudad de Recife, portadora de cardiopatía reumática, hasta entonces asintomática, refirió disnea de esfuerzo progresiva y palpitations taquicárdicas desde hace la 28ª semana del segundo embarazo. Aun usando regularmente penicilina benzatina de tres en tres semanas, alrededor de la 20ª semana presentó dolor de garganta y ronquera durante cuatro días. A los 13 años presentó artritis migratoria de grandes articulaciones tras estreptococcia de la orofaringe, y a los 19 años, en el 14º día de puerperio, se quejó de recurrencia de la artritis, detectándose soplo cardíaco. En la adolescencia, la profilaxis secundaria de la DR se hizo con fallas.

Antes de la actual gestación, tenía diagnóstico clínico-ecocardiográfico de doble lesión mitral e insuficiencia aórtica

Palabras clave

Fiebre reumática, insuficiencia de la válvula tricúspide, embarazo.

Correspondencia: Lurildo Cleano Ribeiro Saraiva •

Estrada do Arraial, 2405/205 – Tamarineira - 52051-380 – Recife, PE - Brasil

E-mail: lurildo@cardiol.br, lurildocleano@hotmail.com

Artículo recibido el 12/05/2008; revisado recibido el 22/06/2008;

aceptado el 25/08/2008.

leves. Estudio radiográfico del corazón (fig. 1A) mostró área cardíaca normal, con índice cardiorácico de 0,44.

En la consulta, en ese instante el examen físico reveló paciente embarazada, taquipneica, con discreto edema de miembros inferiores. Se constataron los siguientes datos: PA = 130 x 70 mmHg; frecuencia cardíaca de 120 bat/min; ritmo cardíaco regular a tres tiempos (B3) con intenso soplo holosistólico en área mitral (AM) y soplo sistólico rudo en el área tricúspide (AT); y hepatomegalia dolorosa discreta. Ecocardiograma doppler fue compatible con insuficiencia mitral importante e insuficiencia tricúspide moderada. Hemograma detectó anemia hipocrómica (hemoglobina = 11,1 g/dl), leucocitosis discreta (13.000/mm³) y hemosedimentación acelerada (37 mm/1ª hora). Los niveles de antiestreptolisina O (AEO) fueron normales. Medicada con digital y diurético, obtuvo mejora hasta el parto cesariano, con la medicación suspendida tras el alta hospitalaria.

En el 2º mes de puerperio, se la atendió en el servicio en carácter de urgencia con disnea, edema de miembros inferiores, estasis yugular sobresaliente, dinámica del precordio compatible con crecimiento de ambos ventrículos, auscultación cardíaca con ritmo de galope (B3) e intenso soplo holosistólico en AM y soplo sistólico musical en AT. El hígado era palpable a 8 cm del reborde costal derecho. La radiografía de tórax reveló cardiomegalia importante (fig. 1B), y el electrocardiograma, sobrecarga de las cuatro cámaras cardíacas. El ecocardiograma doppler (fig. 2) reveló válvulas mitral, aórtica y tricúspide engrosadas, de aspecto reumático, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (VI) del 64%. El diámetro diastólico del VI midió 6,0 cm y el sistólico, 3,8 cm. La presión sistólica estimada de la arteria pulmonar fue de 54 mmHg.

A excepción de la proteína C reactiva ultra-sensible elevada (1,72 mg/dl, normal hasta 0,50), todos los exámenes de actividad inflamatoria estaban normales. Los niveles de AEO fueron de 59 UI/ml.

Con la administración de digoxina, furosemida y captopril, se restauró la capacidad física y se logró un descenso de la frecuencia cardíaca. El uso oral asociado de 30 mg de prednisona permitió un control de la insuficiencia cardíaca (IC), con el desaparecimiento de las señales congestivas tras 20 días.

Discusión

La enfermedad reumática con aspectos agudos en el embarazo es rara y, sobre todo, de difícil diagnóstico. Las reacciones de actividad inflamatoria, por si mismas

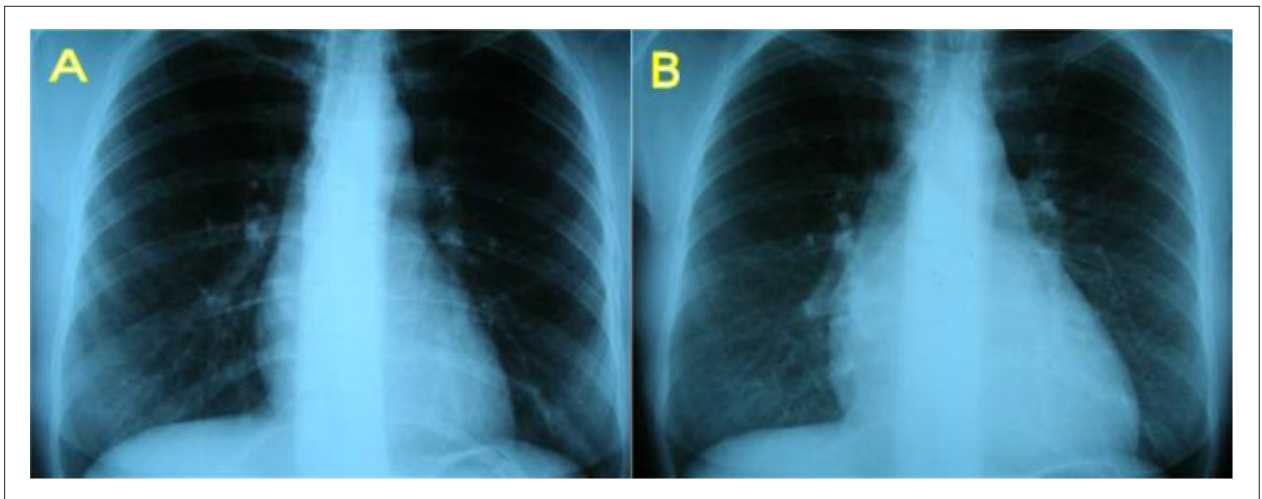


Figura 1 - Radiografía de tórax: antes del embarazo (A) y en el segundo mes del puerperio (B). El índice cardiorácico evolucionó de 0,44 para 0,55.

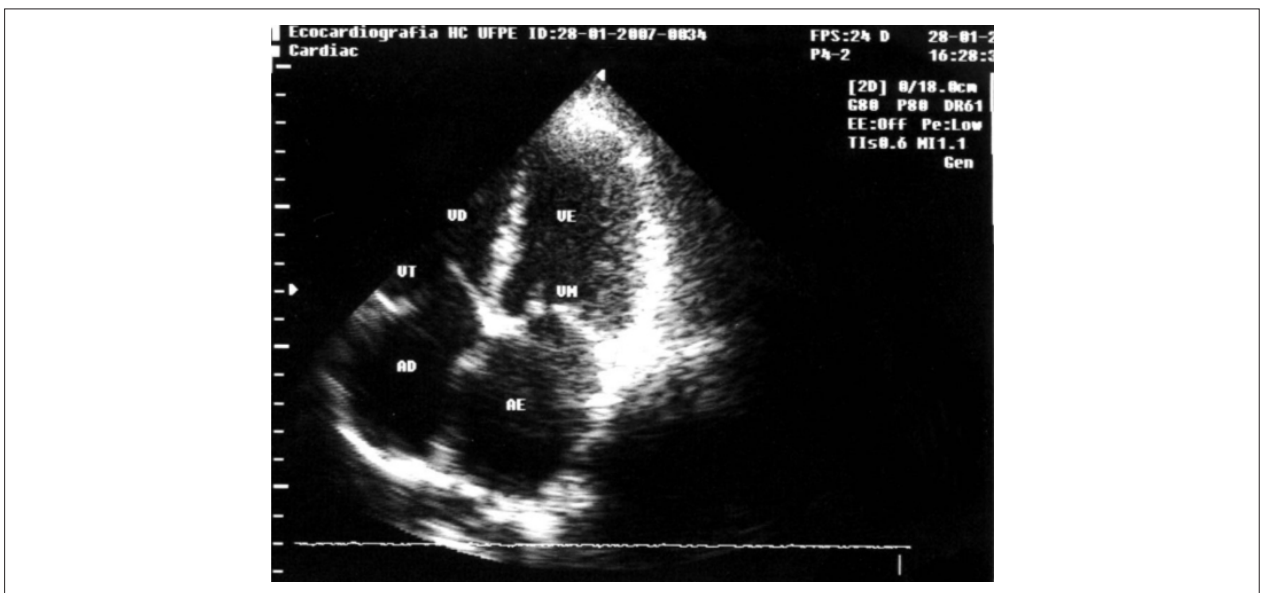


Figura 2 - Ecocardiograma bidimensional en posición cuatro cámaras. Se puede observar la envoltura reumática de la válvula mitral, con puntos de calcificación en los velos, y espesor de la válvula tricúspide; VD - ventrículo derecho; VI - ventrículo izquierdo; VT - válvula tricúspide; VM - válvula mitral; AD - atrio derecho; AE - atrio izquierdo.

inespecíficas, lo son más aún en el embarazo, que puede acentuarlas². La hipervolemia y la anemia inherentes al cuadro pueden simular IC en enferma con valvulopatía reumática establecida. En el caso presente, sin embargo, la paciente se volvió embarazada con lesión valvular de pequeña importancia y salió de la gestación con evidente agravamiento de la valvulopatía mitral, añadida de insuficiencia tricúspide, que no existía antes. El embarazo no produce lesión anatómica (fig. 2) en válvulas cardíacas humanas: el común es que en la presencia de estenosis mitral severa la enferma se vuelva disneica paulatinamente y obtenga mejora tras el parto –aquí, la IC se estableció alrededor del 7º mes, luego de la inflamación de orofaringe, se siguió nuevamente el

daño valvular y resultó en el puerperio con cardiomegalia importante (fig. 1B).

Dos aspectos doctrinarios emergen del estudio del caso. El primero de ellos está relacionado a la recurrencia reumática en dos ocasiones en el ciclo grávido-puerperal, y el segundo, a la duración de la profilaxis para la molestia reumática, que evidenció recidiva a los 31 años, edad en que para muchos ya debería haber cesado la profilaxis secundaria de la DR.

No sabemos el porqué de la vulnerabilidad de la paciente en la gestación e la complicación estreptocócica de la orofaringe, a juzgar que el uso de la penicilina benzatina se hace correctamente como preconizado entre nosotros, de 21 en 21 días³. Como dato curioso, esa vulnerabilidad no se

Informe de Caso

siguió de elevación de los niveles séricos de antiestreptolisina O, esperada en la circunstancia, considerando la severidad creciente de los surtos recidivantes⁴.

Son escasas las publicaciones recientes de DR en el embarazo, hasta porque se observa un tenue descenso de la incidencia de la enfermedad en nuestro medio. En la literatura se describen series de casos aislados². En la revisión llevada a cabo por Décourt² hace algunos años, se enfatizan algunos aspectos que interesan al caso presente, como la habitual ocurrencia como recidiva, la dificultad en caracterizar las propias señales de IC y la administración cautelosa de medicación antiinflamatoria, entre otros.

Es discutible el uso de prednisona en la paciente hasta porque las pruebas de actividad inflamatoria estaban normales, regla general, en oposición al propio estado gestacional, que puede alterar las reacciones de fase aguda del suero². Sin embargo, la riqueza de señales clínicas, indicando severidad de la carditis, la cardiomegalia (fig. 1B), la proteína C reactiva en niveles altos y la envoltura valvular aguda, sobre todo de la válvula tricúspide, como detectado en el ecocardiograma doppler (fig. 2), favorecieron su empleo en dosis pequeñas,

ante el período de lactación eventual maleficio al hijo. El resultado fue bueno, con restauración de la capacidad física de la paciente en poco tiempo, la cual está asintomática hasta el momento.

Agradecimiento

Al Profesor Edward Kaplan, de University of Minnesota Medical School, por sus valiosas sugerencias.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

Vinculación Académica

No hay vinculación de este estudio a programas de postgrado.

Referencias

1. Saraiva LR. Rheumatic pneumonia (Letter to editor). *Ann Rheum Dis*. 2002; 61 (5): 477.
2. Décourt LV. Doença reumática ativa durante a gravidez. In: Lopes AC; Delascio D. (eds). *Cardiopatia e gravidez*. São Paulo: Sarvier Editora; 1986. p.113-21.
3. Décourt LV. Doença reumática. In: Décourt LV (ed). *Medicina preventiva em cardiologia*. São Paulo: Sarvier Editora; 1988. p. 101-17.
4. Chopra P, Gulwani H. Pathology and pathogenesis of rheumatic heart disease. *Indian J Pathol Microbiol*. 2007; 50 (4): 685-97.