

# Cardiomiopatía Periparto

## Reporte de un caso y revisión de la literatura

\* Dr. Raúl Araujo R.

Docente Titular de la Cátedra de Cardiología de la Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca – Sucre – Bolivia.

\*\* Dra. Pamela Irahola C.

Médico General. Egresada de la Facultad de Medicina. Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca – Sucre – Bolivia.

**Instituto de Medicina Nuclear Sucre – Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca – Sucre – Bolivia.**

### **PALABRAS CLAVE.-**

*Miocardopatía dilatada, miocardopatía periparto, ventriculografía radioisotópica de equilibrio.*

### **RESUMEN.-**

La miocardopatía periparto es una causa poco frecuente de insuficiencia cardíaca congestiva que se desarrolla durante el último mes de embarazo o en los 5 primeros meses del puerperio, en mujeres sin cardiopatía previa conocida. Presentamos el caso de una paciente afectada de miocardopatía periparto de 32 años de edad que debutó con insuficiencia cardíaca a predominio derecho después del tercer trimestre de su embarazo, cuyo cuadro clínico progresó a capacidad funcional IV después del parto quirúrgico. Los exámenes complementarios realizados después del parto mostraron un deterioro severo de la función sistodiastólica tanto de ventrículo derecho como izquierdo, valorados por Ecocardiografía y ventriculografía radioisotópica de equilibrio. Internada la paciente respondió a tratamiento convencional de insuficiencia cardíaca.

Comentamos brevemente el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

### **ABSTRACT.-**

The miocardiopathy periparto is a not very frequent cause of congestive heart inadequacy that is developed during the last month of pregnancy or in the first 5 months of the puerperium, in women without well-known previous cardiopathy. We present the case of an affected patient of miocardiopathy 32 year-old periparto that I debut with heart inadequacy to right prevalence after the third trimester of their pregnancy whose clinical square progressed to functional capacity IV after the childbirth (Caesarean operation). The complementary exams carried out after the childbirth showed a severe deterioration of the function so much sistodiastólica of right ventricle as left, valued by Ecocardiografía and ventriculografía balance radioisotopic. Interned she responded to conventional treatment of heart inadequacy.

We comment the diagnosis and treatment of this pathology shortly

### **Nombres alternativos**

*miocardiopatía del periparto; Cardiomiopatía del periparto*

### **INTRODUCCIÓN.-**

La miocardopatía periparto (MCP) es probablemente un síndrome. Las etiologías posibles son varias entre las cuales se destacan miocarditis, autoinmune e idiopática. El diagnóstico requiere la exclusión de otras causas de insuficiencia cardíaca congestiva y la demostración de dilatación y disfunción global del ventrículo izquierdo por ecocardiografía. El tratamiento consiste en: dieta hiposódica inclusive, vasodilatadores, diuréticos, inotrópicos y anticoagulantes. El pronóstico está relacionado con la recuperación de la función ventricular. La cardiomiopatía periparto es un trastorno raro en el cual se diagnostica a insuficiencia cardíaca durante el último mes de embarazo o en los primeros cinco meses después del parto sin causas identificables para la disfunción del corazón.

### **CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO.-**

La cardiomiopatía periparto es una forma de cardiomiopatía dilatada sin otras causas identificables de disfunción cardíaca. Entre los factores de riesgo se pueden mencionar: la obesidad, antecedentes personales de enfermedad cardíaca (miocarditis), el consumo de ciertos medicamentos, tabaco, alcoholismo, eclampsia e hipertensión.

En los Estados Unidos la cardiomiopatía periparto tiene una incidencia de 1 en 1.300 a 1 en 4.000 nacidos vivos y en países africanos se manejan cifras de 1 caso por cada 1000 partos y 1 caso por 350 a 400 en Haití.

En nuestro medio, según estadísticas del Hospital de la Mujer no existe ningún reporte diagnóstico como miocardopatía periparto, las insuficiencias cardíacas en el periodo pre y postnatal son de etiología chagásica o secundaria a cardiopatía reumática.

La incidencia de la miocardopatía periparto es mayor en mujeres con embarazo gemelar, multíparas, puede presentarse en mujeres embarazadas de cualquier edad, desde los 16 años, pero es más común después de los 30 años de edad, la raza negra, la malnutrición, consumo de cocaína, infección por enterovirus y la deficiencia de Selenio también son considerados factores de riesgo.

## **DIAGNÓSTICO.-**

El diagnóstico clínico está basado en los síntomas y signos de la insuficiencia cardiaca congestiva en pacientes que se presenta durante el embarazo y cinco meses después del parto, se deben descartar otro tipo de miocardiopatías.

## **MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.-**

Ecocardiograma, Radiografía de tórax, TAC de tórax, Angiografía coronaria, Gammagrafía nuclear cardiaca.

Un ECG puede mostrar taquicardia sinusal, complejos QRS con voltaje normal o bajo, hipertrofia ventrículo izquierdo, derecho o biventricular, sobrecargas sistólicas derechas o izquierdas, alteraciones de la conducción ventricular, ondas T invertidas, alteraciones inespecíficas del ST-T, ondas Q patológicas en V1 a V3, fibrilación auricular, extrasístoles ventriculares, taquicardia ventricular, se reportan que algunas alteraciones electrocardiográficas retornan a la normalidad.

El ECG como la radiografía de tórax son poco sensibles e inespecíficos para el diagnóstico de MCPP.

Una biopsia del corazón puede ser útil para distinguir una causa subyacente de la cardiomiopatía, especialmente útil en los casos relacionados con miocarditis.

La hemodinamia revela elevación de las presiones de llenado ventriculares, depresión de la función sistólica del ventrículo izquierdo, derecho o ambos y coronarias normales.

## **ANATOMÍA PATOLÓGICA.-**

Macroscopía: por lo general se encuentra dilatación y palidez cardiaca. A menudo se detectan trombos ventriculares y auriculares. En algunos casos engrosamiento del endocardio y derrame pericárdico.

Microscopía: hipertrofia de las miofibrillas, degeneración, fibrosis, edema intersticial y ocasionalmente infiltración linfocitaria.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.-**

El diagnóstico diferencial debe realizarse con preeclampsia que puede o no estar asociado a esta entidad, también con embolismo pulmonar o de líquido amniótico, infarto de miocardio y disección coronaria aguda.

En nuestro medio el diagnóstico diferencial se debe realizar con la cardiomiopatía chagásica crónica en fase dilatada y cuadros de cardiomiopatía reumática con disfunción ventricular severa.

## **TRATAMIENTO.-**

El tratamiento está dirigido a:

1. Reducir la precarga, 2. Reducir la poscarga, 3. Incrementar el inotropismo.

La hospitalización puede ser necesaria hasta que los síntomas agudos disminuyan. Puesto que la disfunción cardiaca por lo general es reversible y las pacientes por lo general son jóvenes, se aplican todos los medios necesarios para garantizar la supervivencia. Debido a la mortalidad y morbilidad elevadas

en pacientes que no se recuperan pronto, éstas pacientes deben ser consideradas para trasplante cardíaco.

Sin embargo, para la mayoría de las mujeres el tratamiento se centra simplemente en el de la insuficiencia cardiaca. Los síntomas de algunas mujeres se resuelven espontáneamente.

## **PRONÓSTICO.-**

Existen varias posibilidades en la cardiomiopatía periparto, la evolución clínica es variable. Aproximadamente el 50% de las enfermas tienen una recuperación completa o casi completa de la función cardiaca y del estado clínico en los seis meses que siguen al parto; en el otro 50% hay deterioro clínico continuo que conduce a la muerte temprana o a la disfunción ventricular izquierda persistente, con una insuficiencia cardiaca crónica y una morbimortalidad elevadas, siendo la tasa de mortalidad hasta del 25 al 50%.

El pronóstico es bueno en aquellas mujeres cuyo corazón vuelve al tamaño normal después del periodo de posparto. Por el contrario, si el corazón permanece dilatado, un próximo embarazo puede determinar la progresión de la insuficiencia cardiaca. No se sabe cómo predecir quién se recuperará y quién desarrollará insuficiencia cardiaca grave y necesitará medidas extremas.

## **COMPLICACIONES.-**

Se presenta: Insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias cardiacas, incluyendo taquicardia ventricular o fibrilación ventricular, embolia pulmonar, precordialgia, palpitaciones, síncope u otros síntomas inexplicables.

## **PREVENCIÓN.-**

Los embarazos subsecuentes en mujeres con miocardiopatía periparto se asocian a menudo con recaídas y riesgo elevado de mortalidad materna en pacientes con cardiomegalia. Se deben desalentar los embarazos subsecuentes en pacientes con miocardiopatía periparto que tienen disfunción cardiaca persistente; las mujeres que recuperaron la función cardiaca después de un episodio de miocardiopatía periparto deben ser informadas del mayor riesgo que representan los embarazos posteriores.

Se recomienda también modificar los factores de riesgo controlables, hipertensión arterial, una dieta nutritiva y bien balanceada, hacer ejercicio para aumentar la capacidad cardiovascular y evitar el consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillo.

## **PRESENTACIÓN DE CASO.-**

Mujer de 32 años, Gesta: 2, Para: 0, Aborto: 0, Cesárea: 2.

Procedente de Potosí, sin antecedentes patológicos cardiovasculares ni infecciosos.

Antecedentes ginecológicos: Menarca: 14 años, Ritmo menstrual: 29 a 30 días, anticonceptivos orales o inyectables.

Antecedentes Obstétricos: 2 gestaciones, el primero a los 27 años, edad del primer parto: 28 en fecha 19 de octubre de 2005, edad del inicio de la vida sexual 20, partos quirúrgicos: 2, Puerperios normales: 1, fecha de último parto: 14 de abril 2006.

## CUADRO CLÍNICO.-

FC: 100/min., TA: 110/80, FR: 32/min., T°: 36,6 °C

Síntomas: disnea grado IV, disnea paroxística nocturna, dolor precordial atípico, dolor en hipocondrio derecho, plenitud posprandial.

EF: Posición: semifowler, ortopnea, anasarca.

Cuello: ingurgitación yugular grado III.

Auscultación cardiaca: R1 disminuido, R2 aumentado y desdoblado fisiológico, Soplo holosistólico 2/6 en foco mitral, soplo holosistólico 2/6 en foco tricuspídeo.

Auscultación del tórax posterior: rales en ambas bases

Abdomen: Aumento del perímetro abdominal, hepato, esplenomegalia y ascitis.

Miembros inferiores: edema en miembros inferiores, Godeth positivo.

## LABORATORIO.-

Hemograma, química sanguínea y electrolitos dentro de parámetros normales.

Serología para Chagas: No reactiva.

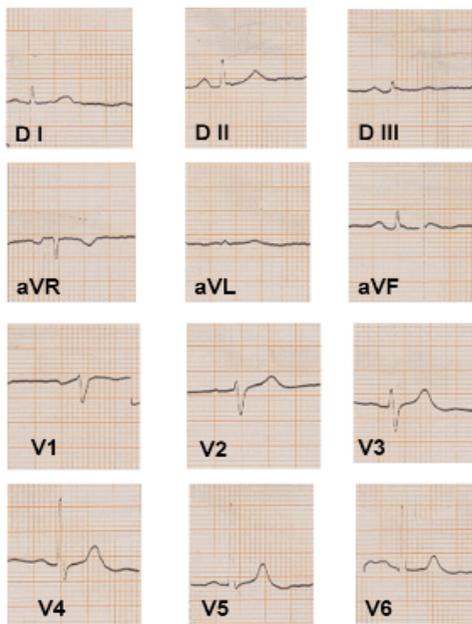
**Radiografía de tórax:** PA y LAT: ICT: 0,69. cardiomegalia grado IV a expensas de arcos de la aurícula y ventrículo derechos, redistribución arteriovenosa. Derrame pleural derecho.



## Electrocardiograma:

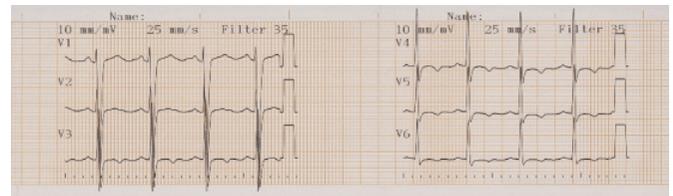
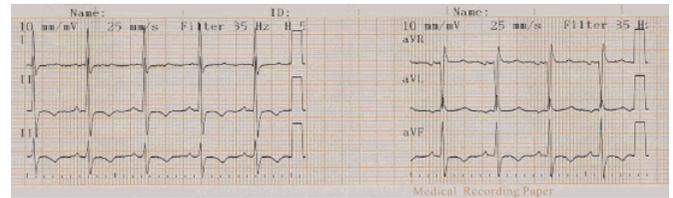
• 02/febrero/05:

Ritmo sinusal, FC: 65/min., PR: 0,16", QRS: 0.08", ÂQRS: +45°, QT: 0,40". Dentro de límites normales.



• 15/junio/06:

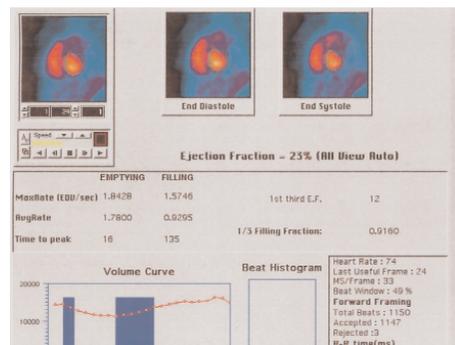
Ritmo sinusal, FC: 94/min, PR: 0,16", QRS: 0.08", ÂQRS: +30°, QT: 0,32", QTc: 0,40". T negativa en DII, DIII, aVF y V3 a V6, R alta V1, V2 y V3, P alta y picuda en DII, S profunda en V5, V6. Taquicardia sinusal, Hipertrofia de ventrículo derecho, Dilatación de aurícula derecha, sobrecarga sistólica en ambos ventrículos.

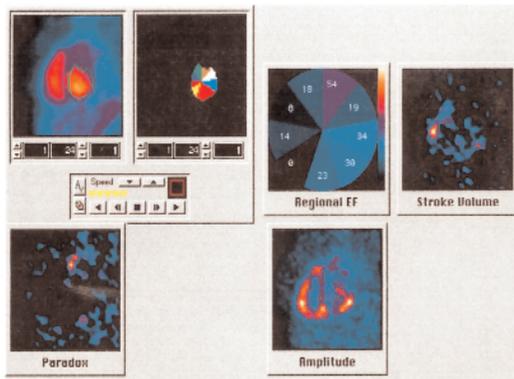


**Ecocardiograma:** 16/junio/06. Dilatación severa de aurícula y ventrículos derechos, dilatación moderada de ventrículo izquierdo, insuficiencia mitral leve, insuficiencia tricuspídeo moderada y derrame pericárdico moderado.



**Ventriculografía radioisotópica de equilibrio:** FEVI: 23%, FEVD: 21% (por primer paso), Fracción de eyección: septal: 14%, apicoseptal 0%, apical: 23%, apicolateral: 30%, lateral: 34%, PRF (llenado ventricular rápido): 1.5 VFD/seg. TPF (tiempo de llenado ventricular): 135. Conclusiones: Función sistólica global biventricular severamente deprimida: Aquinesia septal y apicoseptal, hipoquinesia apicolateral y lateral. Compatible con miocardiopatía dilatada.





### DIAGNÓSTICOS FINALES.-

1. Insuficiencia cardíaca congestiva a predominio derecho.
2. Miocardiopatía periparto
3. Taquicardia sinusal
4. Derrame pericárdico

### COMENTARIO.-

El embarazo y el parto conllevan cambios fisiológicos sustanciales que requieren la adaptación del sistema cardiovascular. Estos cambios, tolerados en las gestantes sin cardiopatía, exponen a la mujer con enfermedad cardiovascular a riesgos importantes. De hecho, la cardiopatía es la causa más frecuente de muerte materna, tras los trastornos psiquiátricos, y se espera que el número de gestantes con cardiopatía crezca en los próximos años.

La prevención de las complicaciones cardiovasculares debe ser el primer objetivo de todo cardiólogo involucrado en el manejo de la gestante con cardiopatía congénita o adquirida. Desafortunadamente, faltan datos que apoyen el manejo de estas pacientes durante el embarazo y las guías de práctica clínica a menudo se basan en suposiciones acerca de cómo un

sustrato específico va a responder a los cambios fisiológicos debidos al embarazo.

Aunque es una anomalía rara, es importante estudiarla debido a la proporción de mortalidad alta, que va de 18% a 56%.

Más aún cuando se presenta como en nuestro caso dilatación cardíaca a predominio derecho. Se debe diferenciar otras causas de miocardiopatía como Chagas causa principal en nuestro medio.

Del diagnóstico preciso y oportuno dependerá el pronóstico y calidad de vida de las pacientes.

Embarazos posteriores a la miocardiopatía pueden ser un riesgo de muerte materna.

El pronóstico se relaciona con el grado de disfunción ventricular.

Idea estadística.

### BIBLIOGRAFÍA.-

1. B. Colombo, S. Ferrero, P. Melacini, Peripartum cardiomyopathy.[serial online] 2004 [consultado 23 Mar 2007];1(6): [6 pantallas]. Disponible en: URL:hptt/www.orpha.net/data/patho/GB/uk-Peripartum-cardiomyopathy.pdf
2. H. Rached, et al: Cardiomiopatia Periparto. Análise Crítica da Imunossupressão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia vol.70 n.4 São Paulo Abril 1998
3. I. González et al: Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la gestante con cardiopatía Rev Esp Cardiol Vol 53, N° 11, Madrid Nov. 2000
4. J. Sánchez, et al: Miocardiopatía periparto con trombosis biventricular Anales de Medicina Interna. Vol 21 N°10 Madrid Oct; 2004
5. M. Assaf, O. Lindström, H. Pozzi; Miocardiopatía periparto; Revista de la Sociedad de Cardiología de Misiones.
6. M. García, I. Navarrete, R. García M. Colmenero; A. Reina; Fallo cardíaco severo en el período postparto inmediato. Doymas medicina intensiva. Vol 29 N° 1, [serial online] 2005 Ene [consultado 24 Mar 2007]; [9 pantallas]. Disponible en: URL://www.fac.org.ar/misiones/revista/rev0201/assaf.PDF.