

MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO, UNA PATOLOGÍA CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES Y POCO SOSPECHADA: REPORTE DE CASO

Introducción

La miocardiopatía periparto (MCP) se trata de una enfermedad poco frecuente, el consejo nacional de enfermedades raras establece que se debe de desarrollar en el último mes de embarazo o en los primeros 5 meses una vez ocurrido el nacimiento. Ocurre secundario a disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, presentando datos asociados a insuficiencia cardíaca, donde no se encuentra otra causa para insuficiencia. Presentamos el caso de una paciente en su último trimestre de gestación, con diagnóstico de miocardiopatía periparto.

Discusión

La Sociedad Europea de Cardiología propuso una definición para cardiomiopatía periparto en el 2010, con los cuales se debe de cumplir en todos los puntos para poder hacer el diagnóstico:

- 1) Desarrollo de insuficiencia cardíaca al final del embarazo o 5 meses posteriores al parto.
- 2) Ausencia de otra causa identificable.
- 3) Disfunción sistólica del ventrículo izquierdo con FEVI <45%, dilatado o no.

El 78% se observa en el postparto, mientras que solo un 9% se presenta en el último mes del embarazo, el 13% restante ocurre antes o después de estos periodos de tiempo. En cuanto a la clínica, puede ser muy variable, desde síntomas leves que imitan los hallazgos fisiológicos del embarazo, con inicio progresivo, hasta aquellos relacionados a insuficiencia cardíaca con inicio abrupto, como disnea, tos persistente, dolor precordial, palpitaciones, congestión hepática, hipotensión postural, ortopnea, disnea paroxística nocturna, hemoptisis y edema pedio. Lo más frecuente es encontrar una clase funcional NYHA III a IV. Solo muy pocos pacientes presenta paro cardíaco.

Conclusiones

La miocardiopatía periparto es una causa rara de insuficiencia cardíaca, que afecta a la mujer al final del embarazo o inicio del puerperio, como bien se conoce, la etiología propuesta varían de un autor a otro. La definición más empleada es la propuesta por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) en el 2010, debiendo de cumplir con las 3 condiciones propuestas y contar con los estudios de gabinete que descarten otras patologías. El manejo es similar al tratamiento de una falla cardíaca aguda, donde el manejo se enfoca en mejorar el patrón hemodinámico y la hipoxemia, mejorando el pronóstico de la paciente.

Caso clínico

Se trata de paciente de 37 años de edad, gesta 2, hemotipo desconoce, quien presenta como cómorbidos diabetes gestacional en tratamiento con dieta y ejercicio, antecedente de parto previo sin complicaciones en el 2003.

Acude a urgencias por contracciones uterinas, donde se ingresa con 5 cm. A los 9 cm de dilatación inicia con dificultad respiratoria, refiriendo imposibilidad de permanecer recostada por disnea, paciente intranquila, con polipnea y cianosis distal, saturando a 60% a pesar de mascarilla con reservorio de oxígeno, así como acceso de tos seca; se auscultan campos pulmonares encontrando crepitos bibasales. A las 04:15, al contar con 10 cm se pasa a expulsivo, la paciente paro cardiorrespiratorio concomitante con el nacimiento, obteniendo los siguientes hallazgos: Recién nacido masculino, peso 3370 gramos, 50 cm, capurro 38 semanas, apgar 7-9, placenta y membranas completas, además de atonía uterina transitoria que cede al uso de carbetocina, con un sangrado de 700 cc.

Por parte de anestesiología, se realizan dos ciclos, decidiendo intubación orotraqueal a las 05:15 horas. Posterior colocación de catéter venoso central, presentando como complicación un neumotórax; por lo que se decide colocación de sello de agua y envío a tercer nivel, donde ingresa a unidad de cuidados intensivos, realizando los siguientes estudios de gabinete:

+05/04/2020: Hemoglobina 11.8, hematocrito 40, plaquetas 377, leucocitos 27.26, TP 11.5, TPT 29.3, INR 1.03, fibrinógeno 338/366. BT 0.4, BI 0.03, BD 0.38, proteínas totales 4.6, ALT 95, AST 87, CPK total 402, CPK MB 264.

+Electrocardiograma: Infradesnivel del segment ST en DII, DIII y aVF

+06/04/2020: FEVI 38%, cuñas altas e incremento de resistencias vasculares sistémicas.

se inicia manejo con bromocriptina, espironolactona, enalapril y anticoagulante a dosis profiláctica.

Al presentar mejoría, se decide su egreso con seguimiento en unidad de tercer nivel. Reportando los siguientes resultados en el ecocardiograma:

+18/09/2020: Ecocardiograma transtorácico con hipocinesia generalizada, FEVI 33%, insuficiencia tricuspídea leve con PSP 30mmHg. NYHA II, se realiza cambio de captopril por enalapril.

+25/02/2021 Ventrículo izquierdo no dilatado, no hipertrófico, remodelado concéntrico, FEVI 58.7%, movilidad segmentaria sin alteraciones, función diastólica del ventrículo izquierdo normal, adecuada función sistólica, sin dilatación de ventrículo derecho ni aurículas, no daño valvular. PSAP 20 mmHG, sin derrame pericárdico.

Bibliografía

- 1Sliwa K et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: A position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on Peripartum Cardiomyopathy. 2010. European Journal of Heart Failure. 12; 767-778. Consultado a través de: doi:10.1093/eurjhf/hfq120
- 2Halkein Julie. MicroRNA-146a is a therapeutic target and biomarker for peripartum cardiomyopathy. 2013. The Journal of Clinical Investigation. 123 (5); 2143-2154.
- 3M Povar Echeverría (2020). Miocardiopatía periparto: Claves clínicas para su sospecha. An. Sist Sanit Navar, Vol. 43, N°1. Consultado a través de: https://doi.org/10.23938/ASSN.0780