



VERDAD, BELLEZA, PROBIIDAD

# MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

## REPORTE DE CASO



\*Dr. Juan Joel Domínguez Rodríguez, \*\*Dr. Gustavo Adolfo Lozoya Rodriguez, \*\*\*Dr Guillermo De la Cruz Villalobos, \*\*\*\* Dra. Ana Fabianne Brambila Rodriguez

\*Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, \*\*Residente de Cuarto Año de Ginecología y Obstetricia, \*\*\* Residente de Tercer Año de Ginecología y Obstetricia \*\*\*\*Residente de Segundo Año de Ginecología y Obstetricia.

### INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía periparto es una complicación que se presenta a finales del tercer trimestre o en el posparto. Se caracteriza por insuficiencia cardíaca.

Suele presentarse en mujeres sin patología cardíaca previa.

En la literatura mexicana existen reportados aproximadamente 10 casos.

Los criterios diagnósticos establecidos por la sociedad europea de cardiología y el grupo de cardiología periparto son:

- Insuficiencia cardíaca al final del embarazo.
- Ausencia de cualquier causa identificable de insuficiencia cardíaca.
- Insuficiencia ventricular izquierda (fracción de expulsión  $< 0 = 45\%$  y diámetro diastólico  $> 0 = 2.7$  cm/m<sup>2</sup>).

### OBJETIVO

Reporte de un caso clínico de miocardiopatía periparto así como su tratamiento, evolución y pronóstico debido a la alta morbilidad y mortalidad que condiciona su presentación en la mujer gestante y que puede llegar a afectarla durante el puerperio.

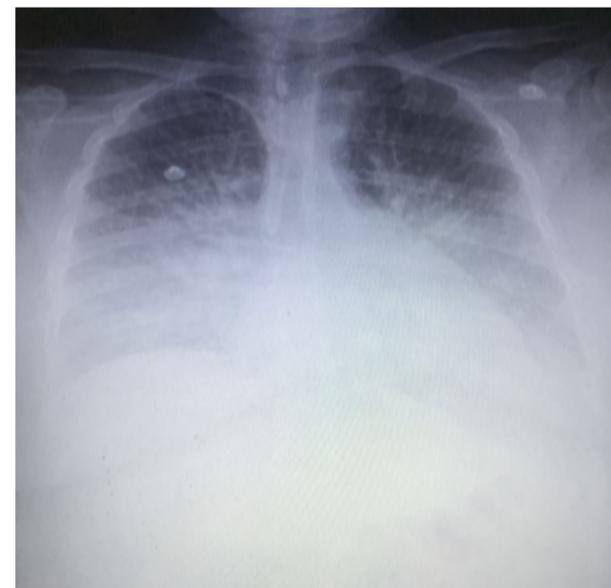


Fig.2

### Conclusión

- 1.- Ventriculo Izquierdo con Función Sistólica deprimida, FEVI 35% (Miocardiopatía periparto)
- 2.-Ventriculo derecho función conservada. TAPSE 19 mm.
3. Aurículas Izquierda Dilatada.
4. Insuficiencia, Mitral y Tri cúpidea Leves.
- 5.- PSAP 25 mmHg
- 6.- Derrame Pericardico leve.
- 7.- Derrame pleural.

Dr. Daniel Omar Sato Gastélum  
Ced. Prof. 8442614 Cédula de Especialidad 11652303

### CASO CLINICO

Femenina de 33 años, G3 C3 A0 P0. La cual se recibe en urgencias obstétricas postoperada de cesárea por producto pélvico, a la cual se realiza histerectomía obstétrica con salpingooforectomía bilateral y posterior empaquetamiento con 3 compresas en cavidad y bolsa de aislamiento secundaria a acretismo placentario, con sangrado total de 4500 cc así como manejo médico con transfusión de 6 paquetes globulares, 2 plasmas frescos congelados, 2 concentrados plaquetarios, 4000 cc de Sol. Hartman, 1000 cc de solución glucosada al 10%, 100 mg de hidrocortisona, 1 gramo de ácido tranexámico, y 2 ampollas de etamsilato.

A las 24 hrs de su ingreso se decide su pase a quirófano para desempaquetamiento, se encuentra líquido libre escaso, se corrobora hemostasia. Se pasa a UCI. A las 48 horas del último evento quirúrgico inicia con disnea súbita en reposo, acompañada de estertores húmedos basales bilaterales, por lo que se sospecha de síndrome de distres respiratorio por hemotransfusión masiva vs edema agudo de pulmón cardiogénico, por lo que se solicita ecocardiograma (Fig. 2) donde se corrobora diagnóstico de Miocardiopatía periparto.

Se inicia manejo en unidad de cuidados intensivos con furosemida, espironolactona, enalapril y se decide utilizar como manejo emergente la bromocriptina a dosis de 2.5 mg cada 12 horas.

presenta notable mejoría clínica, con signos vitales en parámetros normales y una función renal preservada y estable. Posterior a 4 días bajo tratamiento se encuentra paciente asintomática, sin crepitantes, sin edema, tolerando la vía oral y la posición decúbito supino por lo que se egresa.

### DISCUSIÓN

La miocardiopatía periparto se presenta como una disfunción cardíaca predominantemente sistólica. Existen criterios bien definidos para su diagnóstico ecocardiográfico los cuales se encontraban presentes en nuestra paciente. Puede ser explicada por los cambios hemodinámicos fisiológicos que ocurren durante la gestación los cuales promueven un aumento en el gasto cardíaco, de esta misma manera en este caso clínico se puede explicar dicha patología derivada de las múltiples transfusiones así como de la reanimación hídrica, debido a que con ello se logra un aumento de volumen intravascular, aumento de la precarga y volumen sistólico que sumado a un aumento en la frecuencia cardíaca (por estado de shock hipovolémico) provoca un aumento del gasto cardíaco de hasta un 50%

Una de las teorías mas aceptadas es la de doble hit vascular - hormonal en donde el factor transcripcional STAT3 de los cardiomiocitos se encuentra disminuido lo que genera la producción de especies reactivas de oxidación mitocondrial, el aumento de estas ocasiona secreción de catepsina D la cual corta la prolactina en un fragmento 16-kDA que promueve la disfunción y apoptosis de células endoteliales y posterior isquemia miocárdica, de esta manera se sustenta actualmente el uso de bromocriptina como tratamiento ya que al disminuir los niveles de prolactina se ha demostrado beneficios a largo plazo teniendo también efectos diuréticos mejorando la sintomatología de las pacientes y deteniendo la lactancia para evitar la demanda metabólica.

### BIBLIOGRAFIA

1. Ramírez S. Kendall, Cardiomiopatía periparto. Revista Médica Sinergia, 2020. Vol.5 Núm3.
2. Herrera-Morales B. E., Lara-Cruz J, Arellano-Ramírez A. Peripartum cardiomyopathy: An undervalued disease. Med In Mix. 2019 . 35 (5):819-826.
3. Roldán M. C. Miocardiopatía periparto. Silver Horse - Insuf Card 2022; 17 (2):42-60