

Cardiomiopatía periparto

Peripartum cardiomyopathy

Gabriela Alvarado⁽¹⁾, Ana Beatriz Pisquiy-Quemé⁽¹⁾, Víctor Pacajoj⁽¹⁾.

1. Departamento de Medicina interna, Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Quetzaltenango, Guatemala.

Autor correspondiente: Dra. Ana Beatriz Pisquiy-Quemé, anabeatrizpisquiy20@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v160i3.385>

Recibido: 11 de Junio 2021 **Aceptado:** 2 de Septiembre 2021

Revista Médica, Colegio de
Médicos y Cirujanos de
Guatemala.

Volumen
160
Número 3

Septiembre - Diciembre 2021
ISSN -L: 2664-3677

Resumen

La miocardiopatía periparto (PPCM) es una afección potencialmente mortal que generalmente se presenta como una miocardiopatía idiopática que ocurre hacia el final del embarazo o en los meses posteriores al parto, aborto o aborto espontáneo, sin otras causas de insuficiencia cardíaca y con una fracción de eyección (FE) del ventrículo izquierdo (VI) <45%. La presentación clínica de esta patología es similar a la de una insuficiencia cardíaca de cualquier etiología. Se presenta a continuación un caso clínico de insuficiencia cardíaca secundaria a miocardiopatía dilatada periparto.

Palabras clave: cardiopatía periparto, insuficiencia cardíaca, embarazo.

Abstract

Peripartum cardiomyopathy (PPCM) is a life-threatening condition that usually presents as idiopathic cardiomyopathy that occurs late in pregnancy or in the months after delivery, abortion, or miscarriage, with no other causes of heart failure and with a fraction of left ventricular (LV) ejection (EF) <45%. The clinical presentation of this pathology is similar to that of heart failure of any etiology. A clinical case of heart failure secondary to peripartum dilated cardiomyopathy is presented below.

Keywords: peripartum cardiomyopathy, heart failure, pregnancy.

Introducción

La miocardiopatía periparto, es una causa de insuficiencia cardíaca poco común, de etiología desconocida que se presenta al final del embarazo o en el período posparto. [1] Puede ser multifactorial, aunque se ha descrito que puede relacionarse con predisposición genética, un procesamiento alterado de la prolactina, el desequilibrio angiogénico sistémico, citocinas inflamatorias, reacción autoinmune y daño endoteleal. Dado que no existe una prueba específica para confirmar la PPCM, sigue siendo un diagnóstico de exclusión y es necesario considerar los diagnósticos diferenciales. [1] Se presenta un caso de miocardiopatía periparto en paciente de 30 años de edad, secundigesta, sin comorbilidades asociadas. Quien 2 horas posparto presenta estado de choque, disnea, hipoxemia; con requerimientos altos de oxígeno suplementario. Datos de edema agudo de pulmón en radiografía de tórax y ultrasonido pulmonar, niveles elevados de NT-proBNP, y FEVI del 20% en ecocardiograma. Que luego del tratamiento para insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, presenta mejoría clínica y radiográfica, recuperando FEVI a 57%, al egreso.

Reporte de caso

Paciente femenina de 30 años de edad, secundigesta, sin hábitos tóxicos ni antecedentes personales de importancia, fue ingresada al servicio de alto riesgo de ginecología y obstetricia con embarazo de 36.6 semanas por ultrasonido y placenta previa oclusiva total. Veinte días posteriores presentó hemorragia vaginal y bradicardia fetal por lo que se resolvió el embarazo por medio de CSTP. En el transoperatorio se documentan 1050 cc de pérdida de sangre, administrando 1,700 cc de soluciones cristaloides. Dos horas más tarde, paciente inicia con disnea, hipoxemia y se documenta presión arterial 0/0 mmHg. A pesar de reanimar con soluciones cristaloides, paciente no recupera presión arterial. Se traslada al área de cuidados críticos de medicina interna, en donde se administran aminas vasoactivas, oxígeno suplementario a 10 litros/min. Se evidencia en radiografía de tórax (fig.1), cardiomegalia e hipertensión venocapilar. Antígeno y PCR para SARS-CoV2 negativo.

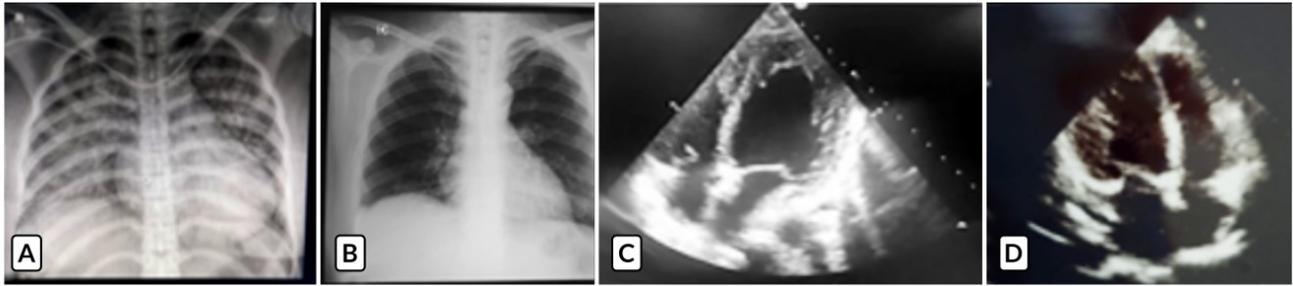


Fig. 1: A. Radiografía de tórax AP. Se observa hipertensión venocapilar, sugestiva del edema pulmonar, y RCT 60%. B. Radiografía de tórax previo al egreso. C. Ecocardiograma transtorácico al ingreso. Mostró hipocinesia generalizada del ventrículo izquierdo, función del ventrículo izquierdo disminuido (FEVI 20%), D. Ecocardiograma previo al egreso.

En USG pulmonar se observan líneas B de Kerley, compatible con edema agudo de pulmón. Se restringen líquidos. Electrocardiograma evidencia taquicardia sinusal. Ocho horas post operatorias, con hemoglobina 12.20 g/dl y plaquetas en 237,000, pruebas de función hepáticas y renal normales. Se inició ventilación no invasiva, con escafandra (durante 36 horas). Se realizó ecocardiograma que mostró hipocinesia generalizada del ventrículo izquierdo, función del ventrículo izquierdo disminuido (FEVI 20%), ventrículo derecho TAPSE 20%, insuficiencias mitral y tricuspídea ligeras. Paciente con niveles de NT-proBNP 3,280.8. Luego del uso de diuréticos a dosis bajas y aminos vasoactivos; presenta mejoría clínica, ventilatoria y radiográfica. Cinco días posteriores, se omiten aminos vasoactivos y oxígeno suplementario. Con ecocardiograma control donde se evidencia FEVI 57%, TAPSE 20 Y TAPSE 13.8, con cavidades cardiacas de tamaño normal, 7 días posteriores al evento egresa con uso de IECA y Betabloqueador. Con cita para evaluación en 3 meses.

Discusión

La miocardiopatía periparto es la insuficiencia cardíaca idiopática que se produce en ausencia de una cardiopatía determinable durante el último mes de embarazo o los primeros 5 meses posparto; en el caso de la paciente ocurrió en las primeras horas posparto. Los factores de riesgo más importantes descritos son la presencia de preeclampsia, gestación gemelar y edad materna avanzada, [2] sin embargo ninguno de éstos estaba presente en la paciente. La presentación clínica de esta patología es similar a la de una insuficiencia cardíaca de cualquier etiología. En el caso presentado la paciente presentó disnea, hipotensión, hipoxemia con necesidad de altos requerimientos de oxígeno, por edema agudo de pulmón, principalmente debido a disfunción diastólica; con NT-proBNP elevado. Presentó mejoría clínica, ventilatoria y radiográfica con el tratamiento para insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrEF), por lo que se requirió un alto índice de sospecha diagnóstico. El bloqueo farmacológico de la liberación de prolactina utilizando bromocriptina como terapia específica de la enfermedad ha mostrado resultados prometedores en ensayos clínicos, [3,4] sin embargo no se utilizó en este caso. Este caso cumple los criterios del Grupo de Estudio sobre miocardiopatía periparto de la HFA de la ESC que definen la PPCM, ya que es un caso de miocardiopatía idiopática, que ocurrió horas posteriores al parto, sin otras causas de insuficiencia cardíaca y con una fracción de eyección (FE) del ventrículo izquierdo del 20% (<45%).

Referencias bibliográficas / References

1. Bauersachs J, Tobias K, T. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la miocardiopatía periparto. Eur J Insuficiencia cardíaca. Julio de 2019; 21 (7): 827-843. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ejhf.1493>.
2. Ware JS, Li J, Mazaika E, Yasso Christopher M, DeSouza Tiffany. Predisposición genética compartida en miocardiopatías periparto y dilatadas. N Engl J Med. 21 de enero de 2016; 374 (3): 233-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1505517>.
3. Anirban B, Sukhdeep S B, Priyanka S, Biswajit K. Miocardiopatía periparto. A review. Tex Heart Inst J. 2012; 39 (1): 8-16
4. Dodiya-Manuel ST, Ezennaka RC. Current management of peripartum cardiomyopathy: a review. Niger J Med. Oct-Dec 2015; 24 (4): 363-9.