

CASO CLINICO 1

MIOCARDIOPATIA PERIPARTOESPEJO RUEDA, CARLA VIRGINIA¹; TORRICO CASTILLO, RAÚL²**RESUMEN**

Se presenta un caso de Miocardiopatía Periparto atendida en el Hospital Universitario Japonés de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, en una paciente de 17 años de edad, primigesta y nulípara sin antecedentes cardíacos. Se expone el cuadro clínico del ingreso, los hallazgos de laboratorio e imagenología, que plantean el diagnóstico diferencial y el posterior diagnóstico definitivo. Se valoran la utilidad de la alta sospecha clínica de miocardiopatía periparto, pese a la rareza del cuadro en nuestra población, el acceso a exámenes complementarios específicos y el tratamiento farmacológico dirigido a los hallazgos cardiológicos. Se recomienda evitar un segundo embarazo y destacar la utilidad del riguroso y sistemático control prenatal para detectar casos similares.

ABSTRACT

We present a case of Periparto Myocardiopathy treated at the Japanese University Hospital in the city of Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, in a 17-year-old, primigravida and nulliparous patient with no cardiac history. The clinical picture of admission, laboratory findings and imaging are presented, which raise the differential diagnosis and the subsequent definitive diagnosis. The usefulness of the high clinical suspicion of peripartum cardiomyopathy is valued, despite the rarity of the condition in our population, access to specific complementary tests and pharmacological treatment aimed at cardiological findings. It is recommended to avoid a second pregnancy and highlight the usefulness of rigorous and systematic prenatal control to detect similar cases.

INTRODUCCION

En el departamento de Santa Cruz las patologías más frecuentes que afectan a las mujeres en la edad reproductiva se refieren a hipertensión, hemorragias y sepsis. Varias enfermedades son consideradas raras tanto por su incidencia como por la carencia de estudios epidemiológicos dirigidos a la búsqueda de los factores de riesgo. Los controles prenatales obligatorios para las mujeres durante el periodo de gestación suelen tener vacíos tanto por la insuficiente conciencia sobre la salud materna por

parte de la población como por el personal de los servicios de salud. En tal contexto, la miocardiopatía periparto que se expone, se considera una enfermedad rara y peligrosa que afecta a las mujeres en fases tardías del embarazo o bien en las fases iniciales del puerperio.

La miocardiopatía periparto se caracteriza por el desarrollo de insuficiencia cardíaca en el último mes de embarazo o en los primeros cinco días tras el parto, acompañado de disfunción ventricular (FEVI < 45%), y no son objetivables causas de insuficiencia cardíaca ni existencia previa de una enfermedad

¹ Médico residente 3, Hospital Universitario Japonés² Asesor, Médico ginecólogo Hospital Universitario Japonés

cardíaca. Se han identificado diversos factores de riesgo para padecer esta patología y se han postulado diversos mecanismos etiopatogénicos, aunque su causa no está clara.

Diferentes guías de atención de salud de la mujer la consideran una miocardiopatía que aparece asociada con el embarazo y que no es familiar ni de etiología genética, pero diversas observaciones parecen indicar que en algunos casos la miocardiopatía periparto puede sugerir la primera manifestación de una miocardiopatía familiar en la que la interacción de los factores genéticos con los factores relacionados con el embarazo desencadenan la enfermedad. (Quiles Granado, Juan, 2017, Sociedad Española de Cardiología) La literatura señala que en la miocardiopatía periparto se han observado asociaciones familiares así como la aparición conjunta en las mismas familias de miocardiopatía dilatada idiopática y miocardiopatía periparto. Estas asociaciones sugieren que factores genéticos pueden tener un papel en la patogenia de esta miocardiopatía.

Un estudio señala que partiendo de la hipótesis de que la miocardiopatía periparto puede ser en algunos casos una forma de miocardiopatía familiar que se presenta durante el momento del parto, autores españoles han revisado una base de datos de 90 familias con miocardiopatía familiar, buscando específicamente los casos de miocardiopatía periparto. Además, en una aproximación inversa, se revisaron 10 pacientes con miocardiopatía periparto diagnosticadas desde los inicios de los años 90 y se realizó screening familiar a los familiares de primer grado de las tres pacientes que no habían tenido una completa recuperación de la función ventricular. Finalmente, se realizó un estudio genético de los genes más comúnmente asociados a la miocardiopatía familiar en las pacientes diagnosticadas de miocardiopatía periparto.

El análisis genético no encontró las mutacio-

nes más frecuentemente relacionadas con la miocardiopatía familiar, pero se descubrió una mutación (c.149A>G, p.Gln50Arg) en el gen que codifica la troponina cardíaca C que diferenciaba los pacientes con enfermedad en una familia con miocardiopatía dilatada que tenía un miembro con miocardiopatía periparto y otro miembro con muerte súbita tras el parto, apoyando por tanto el origen genético de este caso. (Karin Y. van Spaendonck-Zwarts, J. Peter van Tintelen, Dirk J. van Veldhuisen, Rik van der Werf, Jan D.H. Jongbloed, Walter J. Paulus, Dennis Dooijes, Maarten P. van den Berg *Circulation*. 2010;121:2169-2175)

El presente caso de miocardiopatía periparto sugiere la necesidad de estudios genéticos en nuestra población para identificar los factores de riesgo asociados a esta patología, tanto para valorar su impacto epidemiológico como para elaborar guías de diagnóstico precoz de la enfermedad y del tratamiento oportuno.

Se describe la metodología clínica de atención en el servicio de Emergencia del Hospital Universitario Japonés, de tercer nivel de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, nosocomio cuya amplia cobertura poblacional viabiliza el sistema de referencia y contrarreferencia de niveles de atención de salud vigente.

Se enfatiza en la metodología de la elaboración de la historia clínica y en la valoración del estado del paciente. El caso que se expone es de referencia de nivel II a nivel III, por lo que en los materiales usados se incluyen no solo equipos de tecnología de punta y laboratorio, sino también la interdisciplinariedad de los recursos humanos especializados que permite al equipo clínico-quirúrgico afrontar patologías complejas. También se incluye el uso de los recursos farmacológicos en el área de emergencia como en el cardiológico y los cuidados pertinentes a la miocardiopatía periparto.

PRESENTACION DEL CASO CLINICO

El motivo de consulta se ha establecido en presencia de disnea, tos y ortopnea. Los antecedentes personales y anamnesis registran ingreso de paciente de género femenino, de 17 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de cardiopatía. La hoja de referencia señala cesárea inducida por preeclampsia, con antecedentes de un mes antes del cuadro actual presentó disnea de pequeños esfuerzos, disnea paroxística nocturna, accesos de tos, edema en extremidades inferiores.

En su hospital local se decide cesárea de

emergencia por preeclampsia presentando PA: 160/90 intenso dolor abdominal, cefalea holocraneana, diplopía. En su puerperio inmediato presenta insuficiencia respiratoria, lo que motiva sea referida al hospital municipal Maternológico de referencia y posteriormente contrarreferida al Hospital Universitario Japonés, cuyo ingreso se verifica por el Servicio de Emergencia.

La exploración física destaca presencia de paciente que ingresa en sus seis horas del periodo posquirúrgico al servicio de emergencia, en mal estado

general, desorientada, irritable, mucosas húmedas, pálidas, afebril, disneica, taquipnea, con mala mecánica ventilatoria. Los signos vitales del ingreso son: PA: 140/100; FC: 140x'; FR: 38; Glasgow: 14/15; Saturación de Oxígeno: 85%; Glucemia: 119 mgs %; T: 37°C. A nivel cervical se constata ingurgitación yugular grado III. **Cardiopulmonar:** Corazón rítmico, regular, taquicárdico, sin soplos. **Pulmones:** crépitos en ambos campos pulmonares de predominio apical derecho, con abolición de murmullo vesicular en región basal derecha.

Abdomen: distendido, con herida quirúrgica mediana suprainfraumbilical, ruidos hidroaéreos positivos, globo de seguridad de Pinard presente. **Genitourinario:** loquios hemáticos moderada cantidad. Extremidades: edema en **extremidades inferiores** Godet ++ grado 2.



Figura 1: La radiografía de tórax anteroposterior muestra agrandamiento de la silueta cardíaca, congestión venosa y pulmonar, derrame pleural derecho (Placa de ingreso).

Las pruebas complementarias realizadas en el servicio de emergencia muestran el hemograma y química sanguínea dentro de parámetros normales. La gasometría arterial reporta insuficiencia respiratoria: hipoxemia PO₂:54; Sat.Ox: 84%; FIO₂:51; PCO₂:29 con Pafi: 106. Serología para Chagas: HAI, IFI Elisa negativo.

Los resultados de rayos x de tórax radiografía de tórax anteroposterior muestran agrandamiento de la silueta cardíaca, congestión venosa y pulmonar, derrame pleural derecho (ingreso). (Figura 1)

El ecocardiograma señala ventrículo izquierdo de parámetro conservado, esferoidal, (remodelado), hipoquinesia parietal global moderada, función sistólica disminuida, fracción de eyección de 4,35 por Simpson. (Figura 2 y 3)

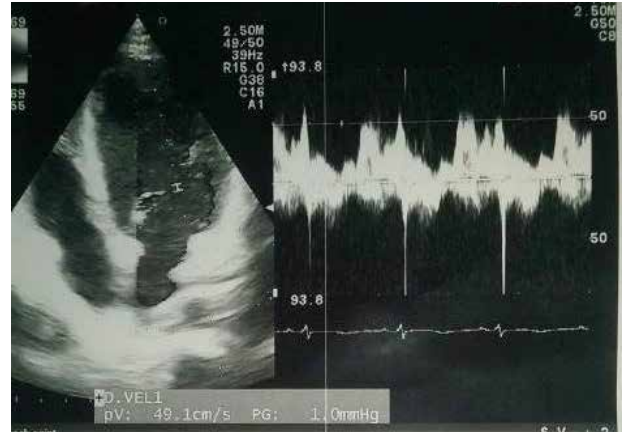


Figura 2: El ecocardiograma señala ventrículo izquierdo de parámetros conservados, esferoidal, (remodelado), hipoquinesia parietal global moderada, función sistólica disminuida, fracción de eyección de 4,35 por Simpson.

El diagnóstico Diferencial planteado en Emergencia consiste en: Insuficiencia respiratoria; Inminencia de eclampsia; Insuficiencia cardíaca clase funcional IV; Miocardiopatía dilatada idiopática.

El tratamiento y evolución de la paciente registra la administración en sala de emergencias de oxigenoterapia, balance negativo, cobertura antibiótica con ceftriaxona y claritromicina, oxitocina, sulfato de magnesio, enalapril, diuréticos de ASA furosemida, con mejoría parcial.

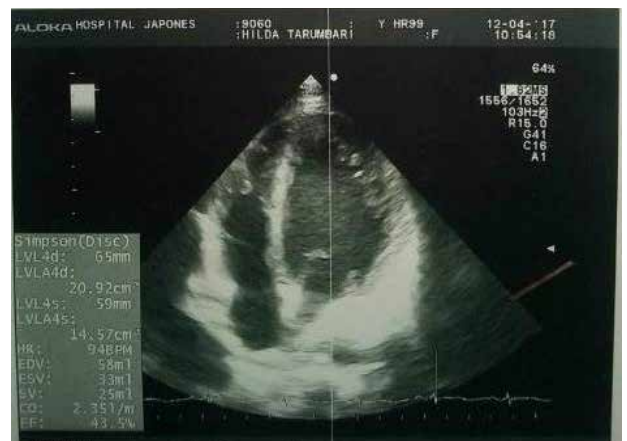


Figura 3: El ecocardiograma señala ventrículo izquierdo de parámetros conservados, esferoidal, (remodelado), hipoquinesia parietal global moderada, función sistólica disminuida, fracción de eyección de 4,35 por Simpson.

Sin embargo, al mantener criterios de intubación y derrame pleural masivo se coloca tubo de tórax con 800 ml de débito seroso (trasudado), con inmediata mejoría clínica y gasométrica, sin signos de dificultad respiratoria a los 3 días. Se interna en sala de Cardiología donde continúan con terapia antibiótica y tratamiento específico para insuficiencia cardíaca con: furosemida, carvedilol, mononitrato de isosorbida, digoxina.

Al egreso se toma una placa de radiografía de tórax posteroanterior, sin cardiomegalia ni derrame pleural (Figura 4)



Figura 4: Radiografía de tórax posteroanterior; al egreso, muestra imágenes sin cardiomegalia ni derrame pleural

Se procede a realizar múltiples estudios complementarios serológicos descartando patologías previas (Chagas, toxoplasmosis, patologías endocrínicas, patologías reumatológicas).

Entre los estudios de imagen se obtienen a través de ecocardiografía, que reporta: ventrículo izquierdo remodelado esferoidal con hipoquinesia parietal global moderada, función sistólica disminuida (43.5% por Simpson).

Paciente con buena evolución, dándose de alta a los 13 días de su internación por estabilización farmacológica del estado hemodinámico.

El diagnóstico final se establece en:

- Miocardiopatía periparto
- Insuficiencia cardíaca
- Puerperio complicado.

La miocardiopatía periparto se define como

una disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, sin otras causas o patología cardíaca aparente. El inicio debe ser en el último mes del embarazo y los 5 meses posteriores al parto, aunque es más frecuente en un 75 % en los dos primeros meses postparto. Típicamente se produce en los primeros 4 meses postparto menos del 10 % de los casos ocurren preparto. Aunque es una patología rara, es importante estudiarla debido a la proporción de mortalidad alta que va del 18 a 56%, con incidencia de entre 1 entre 1300 y 1 entre 15000 embarazos.

Es importante resaltar que la paciente no tenía antecedentes cardíacos, único factor de riesgo ha sido la preeclampsia, con clínica un mes antes del parto de insuficiencia cardíaca respondiendo a la terapia para insuficiencia cardíaca y la sospecha diagnóstica se confirmó con el ecocardiograma que reportó ventrículo izquierdo remodelado esferoidal con hipoquinesia parietal global moderada y función sistólica disminuida (43.5% por Simpson) guiándonos a diagnóstico de miocardiopatía periparto que no se pudo confirmar con biopsia por su naturaleza invasiva.

DISCUSION

Debemos considerar que el embarazo y el parto conllevan cambios fisiológicos que requieren la adaptación del sistema cardiovascular.

El diagnóstico de miocardiopatía periparto requiere de una gran sospecha, debido a que los síntomas de la pueden ser confundidos con cambios fisiológicos asociados a embarazo avanzado, como vimos en este caso clínico donde paciente presentaba toda la signo sintomatología durante un mes acudiendo a sus controles prenatales sin sospecha diagnóstica.

Los síntomas más comunes incluyen disnea, tos, ortopnea, hemoptisis, disnea paroxística nocturna. Los signos son desplazamiento del impulso apical, presencia de S3 y evidencia de insuficiencia mitral o tricuspídea, crépitos pulmonares, hepatomegalia y edemas podálicos. La mayoría de las pacientes afectadas tienen una clase funcional NYHA III o IV, los síntomas adicionales pueden incluir fatiga, malestar general, astenia palpitaciones, dolor torácico y abdominal e hipotensión postural. No hay signos patognomónicos en el EKG. La radiografía de tórax incluye cardiomegalia, congestión venosa pulmonar, edema pulmonar con o sin derrame pleural.

El ecocardiograma es esencial para el diag-

nóstico, los hallazgos comúnmente encontrados son disminución global de la contractibilidad más dilatación sin hipertrofia, dimensión del ventrículo izquierdo al final de la diástole mayor de 2.7cm/m2 M-mode fraccional shortening menor 30%, fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor de 0.45.

La resonancia magnética permite el diagnóstico preciso de miocarditis. La biopsia endomiocárdica es una técnica altamente específica pero no se considera como herramienta de primera línea. En diferentes estudios se ha determinado que los niveles de (NT-proBNP) son significativamente más altos en mujeres con la miocardiopatía periparto en comparación al control de mujeres sanas.

El tratamiento farmacológico estándar para la insuficiencia cardíaca crónica y aguda incluye el uso de varios medicamentos incluyendo: diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) bloqueadores de los receptores de angiotensina, beta bloqueadores, espironolactona, digoxina, vasodilatadores e inotrópicos.

El diagnóstico preciso y oportuno depende del pronóstico y calidad de vida de las pacientes. Es importante identificar a estas pacientes y hacer su seguimiento.

La prevención de las complicaciones cardiovasculares debe ser el primer objetivo de todo médico involucrado en el manejo de la gestante con miocardiopatía periparto, la insuficiencia cardíaca congestiva, las arritmias, embolias y como en el presente caso insuficiencia respiratoria, que pueden ser las causas inmediatas de muerte. Embarazos posteriores a la miocardiopatía pueden ser un riesgo de muerte materna. No se recomienda segundo embarazo.

Nosotros desconocemos la incidencia de la miocardiopatía periparto en nuestra población y no lo sabremos hasta que nos enmarquemos en la tarea simple de reportar nuestros casos y sus resultados, tarea que no solo se debe aplicar a esta enfermedad sino a todas las enfermedades.

BIBLIOGRAFIA

1. Baunwald, (2016) Tratado de Cardiología, Texto de Medicina Cardiovascular. 10ma edición Elsevier. España
2. Eic J. Topol (2008) Tratado de Medicina Cardiovascular, 3ª edición, Woltes Kluwe Health España.
3. Hernán C .Doval, Carlos D. Tajer, (2016) Evidencias en Cardiología; de los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas. 8ava edición Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Docencia e investigación clínica GEDIC.
4. Polania Ardilla, Diego Felipe. (2017) Artículo de actualización miocardiopatía periparto. Vol. I
5. Quiles Granado, Juan, (2017) Sociedad Española de Cardiología, Blog de SCE,
6. Yunem, José R.. (2016) Consulta de 5 minutos en UCI Bogotá Colombia
7. Van Spaendonck-Zwarts, Karin Y.; Van Tintelen, Dirk J.; van Veldhuisen, J. Peter; Van der Werf, Rik; Jongbloed, Jan D.H; Paulus, Walter J.; Dooijes, Dennis; Van den Berg, Maarten P. (2010) Circulation.121:2169-2175)