

MIOCARDIOPATIA PERIPARTO PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

Dr: Boris Arancibia Andrade (*)

Médico Internista

Dr: Marcelo Puente Ortiz (*)

Médico Cardiólogo, Jefe del Departamento de Cardiología

Dr: Elías Espada Flores (*)

Médico Internista, Jefe del Servicio de Medicina Interna

Dr: Hugo Carvajal Oviedo (*)

Jefe del Servicio de Medicina Legal () Hospital Santa Bárbara -Sucre*

Dra: Katerine Yañez Sasamoto

Gastroenteróloga Clínica. IBGJ- Sucre

Palabras Clave: Miocardiopatía periparto, falla cardíaca, embarazo

Key Words: Peripartum cardiomyopathy, cardiac failure, pregnancy.

RESUMEN:

La miocardiopatía periparto no es una patología frecuente; sin embargo, presenta una alta tasa de mortalidad, elevándose aún más cuando el diagnóstico y el tratamiento no se realizan en forma temprana. Las primeras descripciones de la entidad se realizaron alrededor de la década de 1870, cuando Virchow y Porack describieron un proceso de degeneración miocárdica en pacientes quienes fallecieron en el período postparto. El caso clínico que presentamos se trata de una paciente puerperal de 23 años, que ingresa a la sala de medicina interna transferida del Hospital Gineco-Obstétrico con el antecedente de un embarazo y un parto por cesárea, con diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Secundaria a una Neumonía, donde la ecocardiografía revela elementos que permiten plantear el diagnóstico definitivo e instaurar el tratamiento

adecuado. Se revisa el tema y dada su baja frecuencia y su pronóstico ominoso se presenta el caso clínico y su resolución.

SUMMARY:

PPCM is not a common disease; however, it has a high mortality rate, rising even more when diagnosis and treatment are not performed early. The first descriptions of the entity were made around the 1870s, when Virchow and Porack described a process of myocardial degeneration in patients who died in the postpartum period. The clinical case we present is a puerperal patient aged 23 who was admitted to the internal medicine ward transferred from Obstetric-Gynecologic Hospital with a history of pregnancy and cesarean delivery, diagnosed with respiratory failure secondary to pneumonia where an echocardiogram permitted to make a definitive diagnosis and appropriate

therapy. The issue is reviewed and given their low rate and poor prognosis and clinical case is presented resolution.

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía periparto no es una patología frecuente, sin embargo, presenta una alta tasa de mortalidad elevándose aún más cuando el diagnóstico y el tratamiento no se realizan de forma temprana.^{1,2} En el siglo 19, Virchow, Ritchie y Porak, establecieron por primera vez una asociación entre la falla cardíaca y el puerperio. Sin embargo, el síndrome no fue

reconocido como una entidad clínica distinta hasta 1937, cuando Gouley y colaboradores describieron las características clínicas y patológicas de siete pacientes embarazadas quienes tuvieron insuficiencia cardiaca severa y con frecuencia fatal. (1,2). Estas mujeres tenían una miocardiopatía dilatada no isquémica en el último mes del embarazo que persistió después del parto. Desde entonces, estos autores propusieron que esta insuficiencia cardiaca estaba relacionada directa o indirectamente con el puerperio. En 1971, Demakis y colaboradores describieron la historia natural de 27 pacientes con miocardiopatía asociada con el embarazo. Estos investigadores definieron la condición como miocardiopatía periparto (MCP) y establecieron sus criterios diagnósticos.³ Un elemento esencial en el diagnóstico de miocardiopatía periparto es la demostración de la disfunción ventricular sistólica. Debido a que la ecocardiografía no estaba disponible en la descripción original de Demakis, las mediciones específicas de la disfunción ventricular sistólica izquierda han sido propuestas como criterio adicional ya que tiene implicaciones tanto diagnósticas como pronósticas. La miocardiopatía periparto continúa siendo un diagnóstico de exclusión, y se necesita descartar otras causas más frecuentes de insuficiencia cardiaca. Es importante para los obstetras, internistas y cardiólogos el

conocimiento de esta entidad, ya que aparentemente, su manejo adecuado modifica el pronóstico(3,4,5,6).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la miocardiopatía periparto es en ocasiones complicado ya que muchos de los signos y síntomas iniciales de la enfermedad se parecen a los referidos por las pacientes que cursan con un embarazo normal, especialmente, durante el tercer trimestre. Dentro de los síntomas inespecíficos se encuentran disnea, sensación de fatiga, edema de miembros inferiores, malestar general, idénticos a los que presenta un paciente con falla cardíaca. El Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre de los Estados Unidos en conjunto con el Departamento de Enfermedades Raras del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos definen los cuatro componentes que se deben cumplir para el diagnóstico de la enfermedad:(4,5,6).

1. Falla cardíaca que se desarrolle durante el último mes y los primeros 5 meses después del parto.
2. Ausencia de otra causa detectable de insuficiencia cardíaca.
3. Ausencia de enfermedad cardíaca antes del último mes del embarazo.

4. Características ecocardiográficas de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo: fracción de eyección <45%, o fracción de acortamiento <30%, con una dimensión ventricular <2,7 cm/m² en diástole.

MANEJO

Una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad no difiere de aquel que se instaura para toda falla cardíaca, teniendo en cuenta los efectos adversos de los medicamentos sobre el feto cuando el cuadro clínico se presenta durante el embarazo (7,8,9,10)

CASO CLINICO:

Paciente de sexo femenino de 23 años de edad, procedente de Sucre, estudiante, soltera, es interna en Medicina Interna del Hospital Santa Bárbara.

Sin antecedentes patológicos de importancia.

Paciente Ingresa al Servicio de Medicina Interna, transferida del Hospital Gineco-Obstetrico en fecha 26/06/15, con el antecedente de puerperio quirúrgico Cesaría en fecha 21/06/15, 5 días posterior a la cesaría paciente presento edema en extremidades, disnea clase funcional II-III, tos con expectoración, catalogándole en ese momento como sepsis a foco pulmonar y Neumonía Intrahospitalaria. Por lo que deciden su transferencia a Nuestro Hospital. A su ingreso a nuestro

hospital, en mal estado general, con signo sintomatología de insuficiencia respiratoria, disneica, taquicardica.

Examen Físico General:

Conciente en posición semifowler, facies descompuesta, piel y mucosas con palidez generalizada.

Signos Vitales:

PA 120/60 mmHg
FC:110x'FR:25x'

Examen Físico Regional:

Aparato Cardiorespiratorio, ruidos cardiaco taquicardicos con R1 con tono e intensidad conservada, R2 desdoblado, con presencia de soplo mitral 2/6

Pulmones con presencia de estertores crepitantes en ambas bases pulmonares

Abdomen: con presencia de gases en herida operatoria, doloroso ala palpación, con ruidos Hidroaereos y peristaltismo positivos.

Extremidades Inferiores con presencia de edema grado III godet (+++).

Diagnóstico de Admisión:

Insuficiencia Respiratoria Aguda

Sepsis a foco Pulmonar por Neumonía Intrahospitalaria

Puerperio Ginecológico Complicado

Miocardopatía Dilatada

Se inicia plan Terapéutico con Oxigenoterapia, Fluidoterapia

de mantenimiento, se solicitan todos los estudios de laboratorio y Gabinete, se procede a realizar hemocultivo y se inicia con antibióticos,Imipenen ,amikacina y metronidazol y se administra furosemida y demás tratamiento sintomático.

Se recoge los laboratorios que reportan:(figura 1-2-3-4)

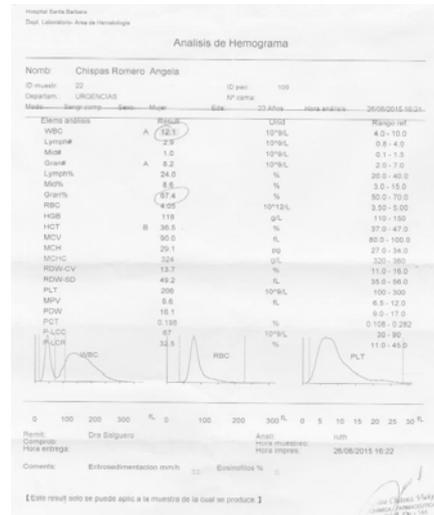


Figura N° 1 Hemograma leucocitosis y anemia leve



Figura N° 2 PCR Reactivo



Figura N° 3 Química sanguínea, reporta hipoalbuminemia



Figura N° 4 RX: tórax, se evidencia Cardiomegalia grado IV

Paciente según sus antecedentes patológicos no refería problemas cardiológicos ni pulmonares, tampoco fue diagnosticada de Chagas y la clínica que presentaba como los edemas y la disnea según la paciente era por primera vez. Se solicita serología para Chagas y electrocardiograma. (Figura 5-6)



Figura N° 5 Serología Negativo para Chagas

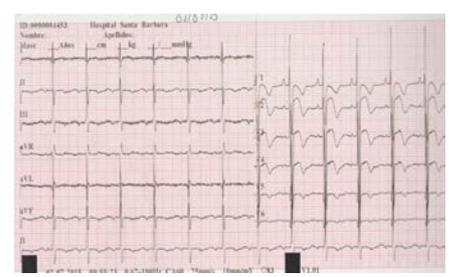


Figura N° 6 ECG: taquicardia sinusal, alteraciones inespecificas de la repolarización.



Figura N° 14 RX : Cardiomegalia en Resolución

Se da de alta en fecha 10/07/15 con furosemida, e IECA, y controles por consultorio externo de cardiología tras el alta, la paciente está completamente asintomática, con ecografías de control donde no se observa dilatación ventricular, mantiene fracciones de eyección en torno al 50-55%, sin insuficiencia mitral ni hipertensión pulmonar, por lo que se ha ido reduciendo el tratamiento hasta quedar únicamente con IECA.

DISCUSIÓN

Se conoce muy poco acerca de la fisiopatología y del pronóstico de la miocardiopatía periparto (CMPP). Por consiguiente, el conocimiento que el obstetra adquiera de las características semiológicas, de los criterios de diagnóstico, de las intervenciones terapéuticas y de las variables de pronóstico le permitirán el reconocimiento precoz de esta entidad y de su participación activa en el cuidado de la paciente críticamente enferma. La CMPP se define de acuerdo con los criterios

establecidos según El Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre de los Estados Unidos en conjunto con el Departamento de Enfermedades Raras del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos definen los cuatro componentes que se deben cumplir para el diagnóstico de la enfermedad:(4,5,6).

1. Falla cardíaca que se desarrolle durante el último mes y los primeros 5 meses después del parto.
2. Ausencia de otra causa detectable de insuficiencia cardíaca.
3. Ausencia de enfermedad cardíaca antes del último mes del embarazo.
4. Características ecocardiográficas de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo: fracción de eyección <45%, o fracción de acortamiento <30%, con una dimensión ventricular <2,7 cm/m² en diástole.

Nuestra paciente cumplió con todos los criterios su cuadro se inició a los 5 días después que le realizaron la cesaría, con disnea, el dolor torácico, tos nocturna, nuevos soplos de insuficiencia, crépitos pulmonares, y edema en miembros inferiores. El electrocardiograma usualmente demuestra ritmo sinusal o una taquicardia sinusal pero también pueden estar presentes las arritmias. También han sido reportadas la hipertrofia ventricular izquierda, las ondas

T invertidas, las ondas Q y los cambios inespecíficos del segmento ST, nuestra paciente presentó taquicardia sinusal y alteraciones inespecíficas de la repolarización. Nuestra paciente presentó un cuadro clínico típico de insuficiencia cardíaca congestiva, confirmándose el diagnóstico de CMPP con el ecocardiograma, al principio se pensó que la disnea súbita se atribuye a un cuadro de sepsis por neumonía intrahospitalaria que se descarta posterior a los estudios, aunque por los criterios de gravedad que presentó a su ingreso se decidió iniciar con antibióticos de amplio espectro (8,9)

El manejo médico de las pacientes con MCPP es similar al de las otras formas de insuficiencia cardíaca. El tratamiento está dirigido a disminuir la poscarga y la precarga para aumentar la contractilidad. Actualmente, no hay consenso con respecto a las recomendaciones para un embarazo futuro después de la MCPP, pero la función ventricular izquierda es considerada el factor pronóstico más importante y debe ser el principal parámetro cuando se aconseja a las pacientes con MCPP sobre un nuevo embarazo. La consejería sobre la planificación familiar es un aspecto importante después del diagnóstico de MCPP (10,11).

Se requiere valoración ecocardiográfica cada tres a seis meses después del diagnóstico con el fin de valorar su recuperación,

y luego cada año. Las pacientes que no recuperan su fracción de eyección, continuarán su manejo farmacológico en forma crónica y en las pacientes que recuperan su fracción de eyección se podrá realizar una disminución progresiva de su medicamento hasta suspenderlo (11,12).

CONCLUSIÓN

La MCPP es una enfermedad amenazante para la vida por lo cual es esencial su diagnóstico temprano, la terapia para la insuficiencia cardiaca es la piedra angular del manejo y los embarazos futuros deberían ser evitados en las pacientes en quienes no se recupera la fracción de eyección o el diámetro del ventrículo izquierdo.

REFERENCIAS

- Demakis JG, Rahimtoola SH. Peripartum cardiomyopathy. *Circulation* 1971;44:964-8.
- Fett JD, Carraway RD, Dowell DL, King ME, Pierre R. Peripartum cardiomyopathy in the Hospital Albert Schweitzer District of Haiti. *Am J ObstetGynecol* 2002;186:1005-10.
- Cenac A, Djibo A. Postpartum cardiac failure in Sudanese-Saharan Africa: clinical prevalence in western Niger. *Am J Trop Med Hyg* 1998;58:319-23.
- Lang CT, King JC. Maternal mortality in the United States. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22:517-31.
- Ray P, Murphy GJ, Shutt LE. Recognition and management of maternal cardiac disease in pregnancy. *Br J Anaesth* 2004;93:428-39.
- Sliwa K, Fettes J, Elkayam U. Peripartum cardiomyopathy. *Lancet* 2006;368:687-93.
- Arafeh JM, Baird SM. Cardiac disease in pregnancy. *Crit Care Nurs Q* 2006;29:32-52.
- Palmer DG. Peripartum cardiomyopathy. *J Perinat Neonat Nurs* 2006;20:324-32.
- Murali S, Baldisseri MR. Peripartum cardiomyopathy. *Crit Care Med* 2005;33:S340-6.
- Melvin KR, Richardson PJ, Olsen EG, Daly K, Jackson G. Peripartum cardiomyopathy due to myocarditis. *N Engl J Med* 1982;307:731-4.
- Cenac A, Djibo A, Sueur JM, Chaigneau C, Orfila J. Chlamydia infection and peripartum dilated cardiomyopathy in Niger. *Med Trop* 2000;60:137-40.
- Arnould N, Diemunsch P, Raiga J, Brettes JP. Peripartum dilated cardiomyopathies: is there a correlation with sexually transmitted diseases? *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30:59-63.