Caso Clínico

MIOCARDIOPATIA PERIPARTO, PATOLOGIA INFRECUENTE DE DIFÍCIL DIAGNOSTICO*

Drs. *Jorge Pérez Candia, Ricardo Suazo de la Paz*¹

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional de Rancagua

RESUMEN

Se presenta un caso de Miocardiopatía periparto en paciente de 17 años de edad que evoluciona con un embarazo de curso fisiológico y que consulta al Servicio de Obstetricia con trabajo de parto prematuro y rotura espontánea de membranas (REM) de 8 horas de evolución. En el puerperio inmediato, luego de un parto vaginal con un sangramiento excesivo, presenta elementos de hipotensión y taquicardia a los que rápidamente se agregan taquiarritmias supraventriculares y fenómenos de congestión pulmonar que no revierten a pesar del manejo antiarrítmico, la restitución de fluidos y las transfusiones de glóbulos rojos. Es trasladada a la unidad de atención intermedia en 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.

PALABRAS CLAVES: *Miocardiopatía periparto*

SUMMARY

A case of peripartum cardiomyopathy that apparently evolved during a normal pregnancy, was admitted to the Department of Obstetrics with premature labor and spontaneous rupture of membranes that happened 8 hr earlier. Soon after the delivery, started heavy bleeding, hypotension and tachycardia followed by supraventricular tachyarrhythmias and pulmonary edema that did not improve in spite of antiarrhythmic medication, replacement of fluids and blood. She was transferred to the intermediate care unit and an echocardiogram permitted to make the diagnosis of peripartum cardiomyopathy and to be treated as such. A review of the condition follows calling the attention on its low frequency, high mortality and treatment.

KEY WORDS: *Peripartum cardiomyopathy, heart ultrasound*

INTRODUCCION

Es la miocardiopatía periparto una rara condición clínica que se presenta a fines del embarazo o en los primeros meses del postparto con una incidencia que oscila entre 1: 1.500 hasta 1:30.000 embarazos en las series más acuciosas (1, 2, 3). Se trata de una falla cardíaca que puede llevar o no a Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) que se asocia al embarazo y que si bien se le ha caracte-

rizado desde 1937 (4) su escasa frecuencia hace de ella una patología que suele subdiagnosticarse o manejarse tardíamente.

La literatura actual aún preconiza el diagnóstico clínico de esta patología catalogándolo como de exclusión. Si bien es cierto que la biopsia miocárdica suele entregar elementos histológicos consistentes con miocardiopatía, constituye un procedimiento no exento de riesgos y las más de las veces impracticable en el quehacer clínico habitual y por

*Trabajo recibido en marzo de 2002 y aceptado para publicación por el Comité Editor en mayo de 2002.

ello no recomendable. Se le reserva más bien para establecer el diagnóstico diferencial con miocarditis (5). La ecocardiografía, por el contrario, viene a jugar un importante rol que ha permitido establecer con mayor certeza el diagnóstico y ha permitido, asimismo, acotarlo dramáticamente (Tabla I).

El caso que presentamos se constituye en el único diagnosticado en el Hospital Regional Rancagua y de hecho su diagnóstico fue tardío, de exclusión y con base en la clínica y ecocardiografía. Hemos considerado de gran importancia presentarlo, puesto que el sólo hecho de tener presente esta entidad clínica favorece su diagnóstico y manejo oportuno.

CASO CLINICO

Paciente de 17 años de edad, primigesta, que cursa embarazo de evolución fisiológica hasta las 35 + 3 semanas fecha en que hace una rotura prematura ovular (RPO) lo que motiva su derivación al Hospital Regional de Rancagua.

Ingresa a la Unidad de Preparto en trabajo de parto franco con un cuello borrado 100% y 6 cm de dilatación.

Es asistida de un parto vaginal eutócico en donde destaca la presencia de un sangramiento algo mayor de lo habitual al que se suma, 30 minutos más tarde, un cuadro de taquicardia paroxística asociado a una hipotensión que alcanzó los 70/50 mmHg. Este cuadro de hipotensión y taquicardia se atribuyó al sangramiento intraparto y se manejó con sobrecarga de volumen (Soluciones fisiológicas y coloidales) y aporte de glóbulos rojos.

La paciente evoluciona hemodinámicamente estable por escasas 4 horas para reiniciar su cuadro de hipotensión severa y taquicardia de hasta 180 lat/min en un contexto de ausencia de sangramiento activo y adecuado aporte de volumen. Se le ve disneica con tos expectorante y edema de tobillos. Presenta una PA de 90/40 mmHg, taquicardia

de 160 a 180 lat/min. La auscultación pulmonar nos impresiona húmeda y congestiva y la auscultación cardíaca nos demuestra un aumento del área cardíaca con un evidente soplo de rejugitación de intensidad III a IV/VI.

La clínica ya señalada nos hace plantear el diagnóstico de una Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) y con dicho diagnóstico la paciente se hospitaliza para su estudio y manejo en la Unidad de Cuidados Intermedios. El manejo se comparte con anestesiólogos e internistas conformando un equipo multidisciplinario.

Al día siguiente, las características de la paciente, mujer joven sin antecedentes de patología cardíaca previa, el antecedente de arritmia que se presenta durante el parto y las características cardíacas auscultatorias nos hacen plantear el diagnóstico de Miocardiopatía periparto con lo cual agilizamos el estudio pertinente y orientamos el manejo en ese sentido.

El estudio plantea elementos claros de insuficiencia cardíaca (IC) y de falla ventricular izquierda (FVI) (Tabla II). Destaca, especialmente, la ecocardiografía que revela dilatación de cavidades cardíacas, insuficiencia mitral y tricuspídea y FVI.

El manejo se plantea básicamente en tres aspectos:

a) Apoyo de bomba. Destaca el uso de dosis convencionales de digoxina y el uso discreto de furosemda.

b) Control de la arritmia. Se recurrió a los medicamentos de uso convencional en estos casos sin obtener respuesta. Finalmente se logró controlar el cuadro utilizando amiodarona en goteo asociada a triple cardioversión eléctrica.

c) Prevención de fenómenos tromboticos. Se recurrió al uso de heparina a dosis plena (25.000 U/día).

Con el control de estos tres aspectos la paciente evoluciona rápidamente hacia la mejoría. La

Tabla I
CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA
MIOCARDIOPATIA PERIPARTO

- Falla cardíaca en el último mes de embarazo o en los 5 primeros meses postparto.
- Ausencia de causa demostrable de falla cardíaca.
- Ausencia de enfermedad cardíaca demostrable antes del último mes de embarazo.
- Ecocardiograma que muestra falla en la función sistólica ventricular izquierda.

*Tomado de Demakis JG, *et al* (6).

Tabla II
EXAMENES COMPLEMENTARIOS
(Aspectos globales relevantes)

Electrocardiograma	Taquicardia sinusal Signos de crecimiento ventrículo izquierdo
Rx tórax	Crecimiento silueta cardíaca Congestión pulmonar
Ecocardiografía	Dilatación cuatro cámaras Disfunción ventricular izquierda Dilatación anillos valvulares A-V

sintomatología regresa en forma casi total en un lapso de 10 días y al momento del alta, a los 14 días, la función ventricular se ha recuperado significativamente.

La paciente ha completado 24 meses de control con una evolución no del todo satisfactoria. Si bien la ecocardiografía de control practicada a los 4 meses posteriores al alta demostró una función ventricular dentro de rangos normales, ha presentado permanentemente crisis de tipo sincopal asociadas a fenómenos de arritmias de alta frecuencia que han hecho necesaria la instauración de un tratamiento antiarrítmico que se mantiene hasta la fecha.

DISCUSION

No sólo la rareza de esta patología contribuyó a dificultar su diagnóstico. Si bien se ha descrito su ocurrencia en todas las razas y en un amplio rango de edad, se asocia especialmente con pacientes de raza negra, mayores de 30 años y multiparas. Estas características al igual que la obesidad y la gestación múltiple suelen considerarse, por diversos autores, factores de riesgo (7, 8). Este no fue el caso de nuestra paciente.

En relación a la forma en que se presentó nos ha llamado la atención lo agudo del cuadro que se contradice con la evolución gradual de los síntomas que se preconiza en la literatura. Si bien es cierto que nuestra paciente presentó una concurrencia de síntomas sugerentes de congestión circulatoria y falla ventricular lo más significativo fue, sin lugar a dudas, la arritmia cardíaca que, siendo habitualmente un signo raro, en nuestro caso se presentó de manera aguda y se constituyó en un problema de difícil manejo.

El electrocardiograma y la radiografía de tórax, dada su inespecificidad, no nos entregaron información relevante para fundamentar un diagnóstico. Por el contrario la ecocardiografía, permitió establecer los parámetros de falla ventricular izquierda imprescindible para el diagnóstico y, en nuestro caso, se constituyó en el examen complementario más importante (7, 8).

El pronóstico de esta patología está marcado básicamente por tres eventos evolutivos: La progresión de la falla ventricular, los fenómenos tromboembólicos y las arritmias. Diversas series establecen el rango de mortalidad entre un 25% y un 50% y le dan especial importancia a estos eventos (7, 9).

Nuestro manejo se dirigió especialmente a controlar estos factores evidenciándose, desde la instauración de él, una franca y rápida mejoría.

Actualmente nuestra paciente se mantiene en control completando 24 meses de evolución con una buena función cardíaca, que sin embargo ha permanecido con trastornos del ritmo que han requerido terapia medicamentosa a permanencia. La literatura actual le da especial importancia pronóstica a la recuperación del tamaño cardíaco y la función ventricular izquierda, por lo que desde ese punto de vista esperamos una evolución favorable para la paciente, la que sólo es ensombrecida por la presencia de trastornos del ritmo consecutivos a este evento, de los cuales la literatura hace escasa referencia pronóstica (3, 7, 10, 11).

Finalmente, es importante señalar que siendo esta una patología tan infrecuente no resulta difícil pasar por alto este posible diagnóstico. La literatura nacional ha reportado pocos casos y a nivel internacional no se han reportado muchos más. El pronóstico futuro de estas pacientes en gran medida está dado por el diagnóstico y tratamiento oportuno y en ese sentido la rareza de este cuadro juega en contra de ello.

BIBLIOGRAFIA

1. Robert J, Silva R, Hernández A, Teuber R: Miocardiopatía periparto. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1992; 57(6): 447-50.
2. Brown CS, Bertolet BD: Peripartum cardiomyopathy: a comprehensive review. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 409-14.
3. Cruz A: Miocardiopatía periparto. *Actual Ginecol Obstet* 1990; 4(4): 262-71.
4. Hull E, Hafkesbring E: Toxic postpartal heart disease. *New Orleans: Med Surg J* 1937; 89: 550-57.
5. Rizeq M, Rickenbacher P, Fowler M, Billingham M: Incidence of myocarditis in peripartum cardiomyopathy. *Am J Cardiol* 1994; 74: 474-77.
6. Demakis JG, Rahimtoola SH, Sutton GC *et al*: Natural course of peripartum cardiomyopathy. *Circulation* 1971; 44: 1053-61.
7. Sheffield JS, Cunningham FG: Diagnosis and managing peripartum cardiomyopathy. *Contemporary Obstet Gynecol* 1999; 1: 74-78.
8. Witlin AG, Mabie WC, Sibai BM: Peripartum cardiomyopathy: an ominous diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 176: 182-88.
9. Alarcón G, Dighero H, Franco C: Miocardiopatía. Caso clínico. *Bol Hosp SJ de Dios* 1990; 37(4): 276-78.
10. Lampert M, Weinert L, Hibbard J, Korcarz C, Lindheimer M, Lang R: Contractile reserve in patients with peripartum cardiomyopathy and recovered left ventricular function. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 189-95.
11. Veille JC, Zaccaro D: Peripartum cardiomyopathy: Summary of an international survey on peripartum cardiomyopathy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 315-19.