



# MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO



Montoya Martínez, C.; Pina Montoya, M.A; Velastegui Calderón, K.V; Aroca Madrid, M.L; Gómez Melero, R.

## Introducción

La miocardiopatía periparto, es un modo de insuficiencia cardíaca que se produce en el último trimestre de embarazo o durante los cinco primeros meses del puerperio, en ausencia de una causa demostrable de disfunción ventricular o de enfermedad cardíaca previa.

Se trata de una entidad poco frecuente (incidencia de 1/3000 – 1/15000 según las series), siendo más frecuente en las mujeres de raza negra.

Su importancia radica en la alta tasa de mortalidad asociada (30-60 %), siendo las cardiopatías en el embarazo la primera causa de mortalidad no obstétrica.

## Caso clínico

### MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 33 años, puérpera de 8 días. Acude a Urgencias por disnea y taquipnea progresiva hasta hacerse de reposo de tres días de evolución.

### HISTORIA CLINICA

AP: Alergia al Primperan. Linfoma no Hodgkin (2001) tratado inicialmente con QT y posterior TMO. Trombosis ojo izquierdo. AQ: Miomectomía múltiple en 2018. AO: G2P1A1.

### EXPLORACIÓN GENERAL Y OBSTETRICA

MEG, disnea en reposo con taquipnea y tendencia a desaturación (sat O2 del 88%). Edemas bimaleolares con fóvea. TA: 130/90 mmHg, FC: 94 lpm, FR: 26 rpm. Afebril. AP: crepitantes bibasales.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Rx tórax: infiltrado alveolo intersticial bilateral hasta campos medios. En analítica: Troponina I **78.2 ng/L**; NT-proBNP **24320 pg/mL**.

### CONDUCTA A SEGUIR Y EVOLUCIÓN



Cardiomegalia e infiltrado reticular difuso bilateral. Derrame pleural bilateral moderado.

La paciente es estabilizada en Urgencias mediante VM con reservorio consiguiendo una Sat O2 del 95% y pautándose tratamiento deplectivo hídrico con diuréticos de asa. La paciente permanece estable hemodinámicamente y no precisa drogas vasoactivas.

- Se realiza ecocardiografía: VI dilatado (DTDVI 51mm) con grosor normal de sus paredes. Disfunción sistólica por hipocinesia global más marcada a nivel del septo anterior (FEVI 40%). VD normal en estructura y función. Válvula aórtica trivalva con insuficiencia leve. Válvula mitral con jet de regurgitación severo. No derrame pericárdico.

La asociación clínica y el resultado de pruebas complementarias nos llevan al diagnóstico de Miocardiopatía dilatada periparto con disfunción ventricular severa, sobre todo a expensas de cavidades izquierdas, junto a derrame pleural bilateral moderado.

Dada la gravedad del cuadro clínico, los hallazgos ecográficos y la necesidad de FiO2 alta, la paciente precisa de ingreso en UCI del Morales Meseguer.

Progresivamente tras inicio de tratamiento con furosemida, IECAS, eplerenona y BB a bajas dosis, la paciente mejora siendo dada de alta a los 3 días con una FE del 50 %. Actualmente en seguimiento en CEX de Cardiología.

Dilatación ventricular izquierda con función sistólica globalmente deprimida de forma severa

## Conclusiones

- Se trata de una entidad rara en la que hay que pensar por sus graves consecuencias
- La vía de elección del parto no esta clara: La SEGO indica que es preferible en cualquier cardiopatía, la vía vaginal frente a la realización de cesárea electiva. Así como también recomienda analgesia epidural, evitar pujos y realizar parto instrumentado para alivio de expulsivo.
- No hay descrito en la literatura, asociado a este cuadro clínico, pérdidas fetales ni neonatales.
- Existe en estas pacientes un incremento de parto prematuro y CIR.
- Los embarazos subsiguientes en mujeres con miocardiopatía periparto se asocian a menudo con recaídas y riesgo elevado de mortalidad materna.
- Se recomienda precaución en cuanto a embarazos posteriores en pacientes con miocardiopatía periparto y función sistólica cardíaca recuperada (mayor tasa de recuperación de función cardíaca si durante episodio agudo FE < 30%)
- Se debe desaconsejar el embarazo en paciente con episodio de miocardiopatía periparto y no recuperación completa de la función cardíaca.