

MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO: UNA RARA CONDICIÓN CLÍNICA
PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY: A RARE CLINICAL CONDITION
 Buteler María M, Caratti María M, Rizzi Ricardo G

Resumen

Introducción: la miocardiopatía periparto (MP) es una insuficiencia cardiaca asociada al embarazo, que tiene los siguientes criterios clínicos para establecer su diagnóstico: 1- aparición de la patología en el último mes de embarazo o en los cinco primeros meses del puerperio. 2- ausencia de etiología determinante de insuficiencia cardiaca. 3- ausencia de cardiopatía demostrable antes del último mes de embarazo. 4- deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo demostrado por Eco cardiografía

Material y Método. Estudio descriptivo, transversal simple y retrospectivo.

Revisión de las historias clínicas de las embarazadas y puérperas que ingresaron por internación en el servicio de terapia Intensiva con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva entre febrero de 1999 y febrero de 2007 **Resultados:** de 23 historias clínicas con insuficiencia cardiaca, 7 tuvieron el diagnóstico de MP, 5 embarazadas y 2 puérperas. Las edades de las 7 mujeres con la patología estuvieron entre los 20 y los 37 años, con una media de 31 años. La fracción de eyección evaluada por eco cardiografía promedió un 32.8%, 4 mujeres con <30% y 3 con >30%. La vía de terminación del embarazo no estuvo influida por la enfermedad, habiendo terminado por indicaciones exclusivamente obstétricas, 5 por cesáreas y 2 por partos vaginales. Todos los recién nacido lo fueron de término y con pesos adecuados a la edad gestacional, con scorer de Apgar normales. No se registraron muertes maternas, ni feto neonatales. La incidencia de la patología en el Hospital materno neonatal, resulta ser de 1/7500 nacidos vivos (7/52.026)

Palabras claves: cardiomiopatía, embarazo, insuficiencia cardiaca, miocardiopatía periparto

Summary

Introduction: Peripartum cardiomyopathy (PC) is a heart failure associated with pregnancy, which has the following criteria to establish its clinical diagnosis: 1 - this pathology in the last month of pregnancy or in the first five months postpartum. 2 - No etiology determinant of heart failure. 3 - Absence of demonstrable heart disease before the last month of pregnancy. 4 - Deterioration of the left ventricular systolic function demonstrated by Eco cardiography. **Patients and methods.** Descriptive, simple cross and retrospective. We reviewed all the clinical records of pregnant women and mothers who were admitted for hospitalization in intensive care services diagnosed with congestive heart failure between February 1999 and February 2007 **Results:** The number of patients with heart failure were 23, 7 of them were diagnosed of PC, 5 pregnant mothers and 2 puerperal women. The PC patients age was between 20 and 37 years, with an average of 31 years. The average of ejection fraction evaluated by an echo cardiograph was 32.8%, 4 women with <30% and 3 with >30%. The route of termination of pregnancy was not influenced by the disease, and only for obstetric indications, 5 by caesarean section and 2 by vaginal births. All the newborn were with appropriate weights to gestational age, with Apgar scorer normal. There were no maternal deaths, or neonatal fetus. The incidence of pathology turns out to be 1/7500 born live.

Keywords: cardiomyopathy, pregnancy, heart failure, cardiomyopathy pariparto

Servicios de Obstetricia y de Clínica Médica del Hospital Materno Neonatal
 Segunda Cátedra de Obstetricia y Perinatología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba Córdoba, República Argentina
 Dirección postal: Caratti María M
 Manzana 34 Lote 2 Bº Villa Privada San Alfonso, Villa Allende. CP 5105, Córdoba.
mmcaratti@hotmail.com
 Fecha de envío: 27-04-2008
 Fecha de aceptación: 01-09-2008

Introducción

La MP ha sido definida como el desarrollo de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo durante el período final del embarazo e inicial y final del puerperio, sin causa identificable y en mujeres sin antecedentes de patologías cardíacas previas. (1)

Es una insuficiencia cardíaca asociada al embarazo, que tiene los siguientes criterios clínicos para establecer su diagnóstico: 1- aparición de la patología en el último mes de embarazo o en los cinco primeros meses del puerperio. 2- ausencia de etiología determinante de insuficiencia cardíaca. 3- ausencia de cardiopatía demostrable antes del último mes de embarazo. 4- deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo demostrado por Ecocardiografía. (1-15-16,19)

De etiología desconocida, se han postulado teorías virales, autoinmunes, genéticas, nutricionales y hasta hormonales. Sus factores de riesgo son la raza negra, edad superior a los 30 años, embarazo gemelar, preeclampsia, eclampsia, uso de tocolíticos, carencias nutricionales e historia familiar de miocardopatía. (1-2-4-5-8-14-19)

El infarto de miocardio reconoce en el embarazo, a la miocardopatía periparto, como uno de sus antecedentes. (17)

Tiene una incidencia de 1/1000 nacidos vivos en Sudáfrica y de 1 en 3 a 15 mil en Estados Unidos. La tasa de mortalidad es del 5 al 60% y de las mujeres sobrevivientes el 50% mantiene una anormal función cardíaca. (1-2-3-9-13)

Objetivos

Reconocer datos epidemiológicos en la población que se asiste en el Hospital Materno Neonatal de Córdoba relacionados con la patología en estudio, conocer la mortalidad materna y la morbi mortalidad perinatal, en mujeres que transcurren su embarazo con miocardopatía periparto, como asimismo la incidencia de la patología en nuestro medio.

Pacientes y Métodos.

Estudio descriptivo, transversal simple y retrospectivo.

Se revisaron las historias clínicas de las embarazadas y puérperas que ingresaron por internación en el servicio de terapia intensiva del Hospital con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva en el

período que va de febrero de 1999 al mismo mes del año 2007, seleccionándose aquellas historias que registraban las condiciones requeridas para ser catalogadas como MP .

Se consideraron en cada una de ellas las siguientes variables: edad materna, momento de aparición del síndrome clínico, evolución según la fracción de eyección, forma de terminación del embarazo, antecedentes de trastornos hipertensivos, uso de drogas como tocolíticos y otros, edad gestacional al nacer del recién nacido, Scorer de Apgar al minuto y a los 5 minutos, peso al nacer, mortalidad materna y feto neonatal.

Resultados

El número total de historias clínicas con insuficiencia cardíaca fue de 23, de las cuales 7 cumplían con los requisitos mencionados para determinar el diagnóstico de miocardopatía periparto, 5 embarazadas y 2 puérperas. Dos de ellas se asociaron con hipertensión gestacional, una tenía antecedentes de la misma enfermedad en el embarazo anterior y una cursó con un embarazo gemelar. La edad fue entre los 20 y los 37 años, con una media de 31 años. Cuatro pacientes ingresaron con diagnóstico de disnea a pequeños esfuerzos, clase funcional III y 3 en clase funcional IV, con disnea en reposo. (15-16) La fracción de eyección evaluada por eco cardiografía promedió un 32.8%, 4 mujeres con <30% y 3 con >30%. De las primeras, dos quedaron con la secuela de miocardopatía dilatada. La vía de terminación del embarazo no estuvo influida por la enfermedad, habiendo terminado por indicaciones exclusivamente obstétricas, 5 por cesáreas y 2 por partos vaginales. Todos los recién nacido lo fueron de término y con pesos adecuados a la edad gestacional, con scorer de Apgar normales. No se registraron muertes maternas, ni feto neonatales. La incidencia de la patología en el Hospital materno neonatal, fue de 1 cada 7500 nacidos vivos (7 casos en 52.026 nacidos vivos)

Para mejorar la sintomatología, disminuir la progresión de la disfunción ventricular y mejorar el pronóstico de la supervivencia, se utilizaron en todos los casos, diuréticos, digital, nitroglicerina, beta bloqueantes o IECA según el caso y heparina como profilaxis de trombosis.

Discusión

En este estudio la incidencia así como los datos epidemiológicos coinciden con otros de la literatura consultada. También se acuerda con los autores que reconocen que los signos y síntomas que se presentan pueden dar lugar a confusión, atento a que los cambios hemodinámicos en las embarazadas, pueden ser absolutamente fisiológicos, y pueden resultar parecidos a los de la patología pasando inadvertida en los estadios iniciales. (6-7-9-13-15-20).

A partir de la inclusión como criterio diagnóstico de la demostración ecográfica de la disfunción ventricular mediante la reducción de la fracción de eyección, se ha podido avanzar en la determinación de esta enfermedad relacionada con la gestación. (10-15-18) En los últimos tiempos se está desarrollando la cardiorensonancia magnética con gadolinio para el diagnóstico de miocarditis, tanto en el momento agudo como en las fases tardías, método más sensible y menos invasivo que la biopsia endomiocárdica (19). Además entre nuestras pacientes y las consignadas en la literatura, hubo coincidencia en la recuperación de la función cardíaca que en general se describe alrededor del 50% de los casos y que es significativamente mayor cuando la función de eyección es superior al 30% (15-16-20). Los factores asociados (15-16) también tuvieron coincidencia con nuestra investigación, no así la mortalidad fetal, la prematuridad, ni el retardo de crecimiento intrauterino, todos negativos en nuestra casuística y habitual en la literatura consultada (6-8-11-12). El tratamiento farmacológico convencional no difirió de lo que establece la literatura (15-16-21). En algunos centros al confirmar miocarditis por biopsia se han utilizado inmunosupresores ante la falta de respuesta al tratamiento habitual (9-15-16) mientras que nosotros no debimos, en ningún caso apelar a esta estrategia.

Conclusiones

La incidencia de MP fue baja en nuestro servicio asociada con los factores de riesgo tradicionalmente descriptos, pero sin consecuencias deletéreas para el curso del embarazo, el crecimiento fetal y el nacimiento, no habiéndose registrado muerte materna, ni feto neonatal. El diagnóstico precoz de la cardiomiopatía periparto es extremadamente importante. La ecocardiografía aporta una información

fundamental en el diagnóstico como en la progresión de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Demakis JC, Rahimtola SH. Peripartum cardiomyopathy. *Circulation* 1971; 44: 964-968.
2. Robert J, Silva R, Hernández A, Teuber R: Miocardiopatía periparto. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1992; 57(6): 447-50.
3. Brown CS, Bertolet BD: Peripartum cardiomyopathy: a comprehensive review. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 409-14.
4. Cruz A: Miocardiopatía periparto. *Actual Ginecol Obstet* 1990; 4(4): 262-71.
5. Constanzo-Nordin MR, O'Connell JB: Peripartum cardiomyopathy in the 1980'S: Etiologic and prognostic considerations and review of literature. *Prog Cardiol* 2: 225-229, 1989.
6. Midei MG, DeMent SH, Deldman AM, Hutchins GM, Baugham KL, Peripartum myocarditis and cardiomyopathy. *Circulation* 1990; 81:922-928.
7. O'Connell JB, Costanzo-Nordin MR, Subramanian R, et al. Peripartum Cardiomyopathy: clinical, hemodynamic, histologic and prognosis characteristics. *J Am Col Cardiol* 1986;8:52-56. Citado en Brown CS, Bertolet BD. Peripartum Cardiomyopathy: a comprehensive review. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:409-414. of oral anticoagulants during pregnancy. *J Pediatr* 1975; 86:459-462. Citado en Brown CS, Bertolet NM. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:409-414.
8. Witlin AG, Mable WC, Sibai BM. Peripartum cardiomyopathy: an ominous diagnosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;182-88.
9. Fett, James D; Christie, Len G; Christie LG; Carraway, Robert D; Carraway RD; Murphy, Joseph G; Murphy JG. Five-year prospective study of the incidence and prognosis of peripartum cardiomyopathy at a single institution. *Mayo Clinic proceedings* diciembre 2005;80; (12) ; pag 1602-1606 ,

10. Chacon, C; Bisogni, C; Curasck, G; Zapata, G. *Rev Fed Arg Cardiol* 2006; 35: 125-129
11. Viñas Oliva, R; Sánchez Ramírez, N; Rubio, P; Gómez, G; Oliva, J Resultados perinatológicos del servicio de Cardiopatía y Embarazo del Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" en el bienio 2000-2001, Habana. *Rev. bras. saúde matern. infant., Recife*, 3 (1): 49-60, jan. - mar., 2003
12. Lindström, O; Pozzi, H; Okulowicz, J. Miocardiopatía Periparto. *Revista de Postgrado de la Cátedra Via Medicina - Facultad de Medicina - UNNE - Septiembre/2000*
13. Pérez Candia, J.;Suazo de la Paz, R .Miocardiopatía Periparto, patología infrecuente, de difícil diagnóstico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67(2) 157.159
14. R. Álvarez Navascués, R. Marín, A. Testa, F. Pañeda y J. Álvarez Grande. Preeclampsia y Miocardiopatía periparto, una asociación infrecuente *Nefrología*. Vol. XXI. Número 1. 2001
15. Gail D.Pearson, MD,SeD. Peripartum Cardiomyopathy. National Heart, Lung and Blood Institute and Office of Rare Diseases. Workshop Recommendations and Review. *JAMA*,2000; 283:1183-1188
16. Uri Elkayam,MD et al. Pregnancy-Associated Cardiomyopathy. *Circulation* 2005;111:2050-2055. American Heart Association, Inc.
17. - Treadwell SD, Thanvi B, Robinson TG. Stroke in pregnancy and the puerperium. *Postgrad Med J*. 2008 May;84(991):238-45
18. Yang J, Liu J, Bian X. Peripartum cardiomyopathy--report of 16 cases. *Chin Med Sci J*. 2002 Jun;17(2):117-20.
19. Juan Caballero-Borrego, José M. García-Pinilla Eloy Rueda-Calle y Eduardo de Teresa-Galván."Evidencia de realce tardío de gadolinio en la resonancia magnética de una paciente con miocardiopatía periparto" .*Rev Esp Cardiol*. 2008;61(2):215-22
20. O. Falcón Vizcaíno, J.M. Valls Santamaría, M. A. Barber Marrero, J. Guzmán García, J. A. García Hernández, N. Castro, W. Plasencia Acevedo, Idoya Eguiluz Gutiérrez-Barquín *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad española de ginecología y obstetricia*, ISSN 0304-5013, Vol. 47, N°. 5, 2004, Págs. 241-248P.
21. P. Doménech Asensi, J. Hernández-Palazón, J. A. Tortosa Serrano, S. Burguillos López, B. Alonso Miranda. "Miocardiopatía periparto y edema pulmonar tras cesárea" *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim*. 2002; 49: 156-159