



EDITORIAL

Miocardopatía periparto

Peripartum cardiomyopathy

La compleja alteración de la función ventricular que merma su capacidad adaptativa a las necesidades de los distintos órganos, la insuficiencia cardiaca, es un síndrome clínico de incremento alarmante en el mundo, dado el número de hospitalizaciones y los decesos atribuidos. Ello ocurre a pesar de los probados avances en el tratamiento y el mejor entendimiento de sus bases fisiopatológicas, que hoy sabemos tiene dos vertientes de similar prevalencia, la insuficiencia clásica por falla de la bomba sistólica y la disfunción diastólica por anormal llenado ventricular, ambas con la misma expresión clínica de intolerancia al esfuerzo, fatigabilidad, disnea y congestión. Es así que la insuficiencia cardiaca continúa siendo motivo de estudio y expectativa por los especialistas.

En el adulto, la etiopatogenia de la insuficiencia cardiaca proviene del daño o la pérdida del músculo cardiaco, dominada en más del 70% por la cardiopatía coronaria isquémica, seguida del aumento de la resistencia vascular perifé-

rica con hipertensión, y más alejadamente de las valvulopatías, arritmopatías (fibrilación auricular), miocardopatías, y otras.

Las miocardopatías (MCP) agrupan aquellas patologías en que el músculo cardiaco se encuentra estructural y funcionalmente comprometido, en ausencia de enfermedad coronaria, hipertensiva, valvular o congénita. Se las clasifica de acuerdo a fenotipos morfológicos y funcionales y cada fenotipo es además subclasificado en familiares y no familiares. Se reconoce las siguientes: dilatada, hipertrófica, arritmogénica del ventrículo derecho y restrictiva. La MCP dilatada se define por la presencia de dilatación y disfunción sistólica ventricular izquierda, en ausencia de otras patologías. La miocardopatía periparto es una forma de cardiomiopatía dilatada, entre cuyos factores etiológicos se menciona la miocarditis e infección viral, reacción autoinmune a partir del feto, inflamación y estrés hemodinámico de la gestación⁽¹⁾. Ocurre en todas las razas, en cualquier

Guillermo Quiroz Jara.

Cardiólogo
AN Academia Nacional de Medicina

Rev Per Ginecol Obstet. 2009;55:159-160.

edad, aunque predominando en mayores de 30 años, igualmente asociada a primer, segundo o múltiples embarazos y fuertemente relacionada a hipertensión gestacional, embarazo gemelar y procedimientos tocológicos⁽²⁾.

Este tipo de insuficiencia cardiaca fue reconocida muy tempranamente, en 1849, aunque fue descrita como una forma particular de cardiomiopatía, en 1930⁽³⁾. Sin embargo, es Demakis⁽⁴⁾ quien sienta las bases para un mejor entendimiento de la enfermedad, al describir 27 pacientes que durante el puerperio presentaron cardiomegalia y signos/síntomas congestivos, similares a los de insuficiencia cardiaca de cualquier etiología, cuadro al que denominó cardiomiopatía periparto.

De causa desconocida, su diagnóstico es esquivo en la mayoría,



necesitándose un alto grado de suspicacia, para someter al paciente tempranamente a estudio ecocardiográfico y demostrar la caída en la fracción de eyección y la dilatación ventricular, complementarias a la clínica. Superada la etapa diagnóstica y aplicado el tratamiento adecuado, la MCP periparto debe tener un buen pronóstico, con una supervivencia mayor de 90% a cinco años, mejor que otras cardiomiopatías, aunque la persistencia de disfunción cardíaca luego de 6 a 12 meses desde el inicio, indicaría irreversibilidad del problema y casi siempre representa una contraindicación absoluta para futuros embarazos, aunque es cierto también que no se puede predecir con certeza si la estabilidad cardiovascular se deteriorará en un subsecuente embarazo ⁽⁵⁾.

De no ser posible la recuperación miocárdica en el tiempo, el deceso devendría por insuficiencia cardíaca progresiva, arritmias o tromboembolismo ⁽⁴⁾.

Aún siendo una complicación infrecuente de las postrimerías del embarazo y del posparto, su inesperada aparición y seriedad amerita manejarla con prontitud y energía, explicando a la familia su naturaleza hasta hoy ignorada y su evolución en las semanas o meses venideros, aunque también su pronóstico alentador con tratamiento adecuado. Debemos saludar pues la publicación en el presente número -al decir de los autores- de un primer caso diagnosticado en nuestro medio, que permite recordar a los especialistas su presencia e implicancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramaraj R, Sorrell VL. Peripartum cardiomyopathy: Causes, diagnosis and treatment. *Cleve Clin J Med.* 2009;76(5):289-96.
2. Elliott P, Andersson B, Arbustini E, Bilinska Z, Cecchi F, Charron P, Dubourg O, Kühn U, Maisch B, McKenna WJ, Monserrat L, Pankuweit S, Rapezzi C, Seferovic P, Tavazzi L, Keren A. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J.* 2008;29(2):270-6.
3. Lampert MB, Lang RM. Peripartum cardiomyopathy. *Am Heart J.* 1995;130(4):860-70.
4. Demakis JG, Rahimtoola SH. Natural course of peripartum cardiomyopathy. *Circulation.* 1971;44(6):1053-61.
5. Reimold SC, Rutherford JD. Peripartum cardiomyopathy. *N Engl J Med.* 2001;344(21):1629-30. Comentario a: *N Engl J Med.* 2001;344(21):1629-30.