

Puerperio y disfunción miocárdica aguda evaluada mediante imagen multimodal: reporte de caso

Angelo Barletta Esteller¹ 
Ana Fernández Vega² 
María Luisa Salto Camacho¹ 
María José Calero Rueda² 

Correspondencia

Angelo Barletta Esteller
angelo.barletta@hospitalreyjuancarlos.es

¹Cardiología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid). España.

²Cardiología. Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro (Madrid). España.

Recibido: 23/04/2026

Aceptado: 25/06/2026

Publicado: 31/08/2026

Citar como: Barletta Esteller A, Fernández Vega A, Salto Camacho ML, Calero Rueda MJ. Puerperio y disfunción miocárdica aguda evaluada mediante imagen multimodal: Reporte de caso. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2026 Ago; 9 (2): 58-63. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v9n2a12>.

Cite this as: Barletta Esteller A, Fernández Vega A, Salto Camacho ML, Calero Rueda MJ. *Postpartum acute myocardial dysfunction assessed by multimodality imaging: Case report.* Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2026 Aug; 9 (2): 58-63. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v9n2a12>.

Palabras clave

- Período posparto.
- Miocardiopatía de tako-tsubo.
- Ecocardiografía.
- Imagen por resonancia magnética cardíaca.

Keywords

- Postpartum period.
- Takotsubo cardiomyopathy.
- Echocardiography.
- Cardiac magnetic resonance imaging.

RESUMEN

La disfunción miocárdica aguda en el puerperio constituye un reto diagnóstico ya que puede ser debida a enfermedades potencialmente graves, como el síndrome coronario agudo, la disección coronaria espontánea, el vasoespasmio coronario, la miocardiopatía periparto y el síndrome de tako-tsubo. Presentamos el caso de una puerpera que, tras una cesárea urgente, desarrolló dolor torácico, emergencia hipertensiva, alteraciones electrocardiográficas y elevación de marcadores de daño miocárdico. El ecocardiograma inicial mostró alteraciones segmentarias medioventriculares, con mejoría parcial precoz, lo que orientó hacia una disfunción miocárdica reversible. Días después volvió a consultar por insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial y disnea, con tromboembolismo pulmonar subsegmentario y derrame pleural bilateral. La persistencia de alteraciones de la contracción segmentaria motivó un estudio etiológico completo. La coronariografía descartó enfermedad coronaria obstructiva en arterias epicárdicas y la resonancia magnética cardíaca confirmó un patrón compatible con miocardiopatía de estrés medioventricular. Este caso ilustra el valor de la imagen cardíaca multimodal para integrar hallazgos clínicos, descartar diagnósticos alternativos y alcanzar un diagnóstico preciso en un contexto de elevada complejidad clínica.

ABSTRACT

Acute myocardial dysfunction in the postpartum period poses a diagnostic challenge as it may be caused by potentially serious conditions, including acute coronary syndrome, spontaneous coronary artery dissection, coronary vasospasm, peripartum cardiomyopathy and takotsubo syndrome. We report the case of a postpartum woman after urgent cesarean section who developed chest pain, hypertensive emergency, electrocardiographic abnormalities and elevated cardiac biomarkers. Initial echocardiography showed midventricular regional wall motion abnormalities with early partial improvement, suggesting reversible myocardial dysfunction. Several days later, she was readmitted with heart failure, hypertension, progressive dyspnea and subsegmental pulmonary embolism with bilateral pleural effusion. Persistent cardiac wall motion abnormalities prompted a comprehensive etiological work-up. Coronary angiography ruled out obstructive coronary artery disease, and cardiac magnetic resonance imaging demonstrated findings consistent with midventricular stress cardiomyopathy. This case highlights the value of multimodal cardiac imaging to integrate clinical findings, exclude alternative diagnoses, and establish an accurate diagnosis in a highly complex clinical setting.

Introducción

El puerperio es un período de especial vulnerabilidad cardiovascular. Los cambios hemodinámicos, hormonales, autonómicos y protrombóticos que acompañan al embarazo y al período posparto pueden actuar como desencadenan-

tes de problemas cardiovasculares infrecuentes, pero potencialmente graves. En este contexto, la aparición de dolor torácico, alteraciones electrocardiográficas y la elevación de marcadores de daño miocárdico obligan a considerar un amplio diagnóstico diferencial que incluye síndrome coronario agudo, disección coronaria espontánea, vasoespasmio coronario, miocardiopatía periparto, tromboembolismo pulmonar y miocardiopatía de estrés.



El síndrome de tako-tsubo relacionado con el embarazo o el puerperio es una entidad poco frecuente, cuya presentación puede simular un infarto agudo de miocardio. Aunque el patrón apical clásico es el más conocido, existen variantes atípicas, entre ellas la forma medioventricular, que pueden dificultar el reconocimiento inicial. La ecocardiografía transtorácica permite una aproximación rápida a la función ventricular y al patrón de alteraciones segmentarias, mientras que la coronariografía y la resonancia magnética cardíaca son esenciales para descartar otras causas de disfunción miocárdica.

El interés de este caso reside en la complejidad diagnóstica de una disfunción miocárdica aguda en el puerperio y en el papel central de la imagen multimodal para alcanzar el diagnóstico final.

información clínica del paciente

Mujer de 35 años, puérpera inmediata tras cesárea, con historia previa de migraña y sin factores de riesgo cardiovascular ni cardiopatía conocida. El embarazo había transcurrido sin complicaciones. Durante el procedimiento anestésico epidural presentó un episodio de bradicardia extrema que requirió la administración de atropina. Posteriormente desarrolló taquicardia sinusal, cifras tensionales compatibles con emergencia hipertensiva, cefalea intensa y dolor torácico opresivo.

El electrocardiograma realizado en ese contexto tenía una inversión de las ondas T en derivaciones septales, mientras que la telemetría mostró un descenso del segmento ST en derivaciones inferiores. Ante la inestabilidad clínica, se decidió finalizar la gestación mediante cesárea emergente bajo intubación orotraqueal. Tras la extubación y el despertar postsedación, la paciente seguía con opresión torácica leve asociada a la elevación de marcadores de daño miocárdico.

La combinación de dolor torácico, alteraciones electrocardiográficas, elevación de marcadores y disfunción segmentaria en una paciente en puerperio inmediato planteó un escenario diagnóstico complejo. En la valoración inicial se consideraron como principales posibilidades vasoespasmo coronario, miocardiopatía de estrés y, de forma menos probable por el patrón de alteraciones de la contracción segmentaria, disección coronaria espontánea, miocardiopatía periparto y síndrome coronario agudo.

Hallazgos clínicos relevantes

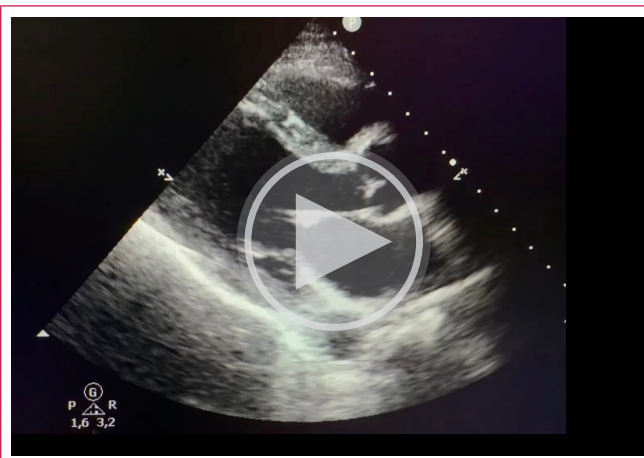
En la fase inicial, la paciente presentó dolor torácico opresivo y cefalea, en el contexto de una emergencia hipertensiva tras un episodio de bradicardia extrema durante la anestesia epidural, que fue revertido con atropina. La presencia de alteraciones de la repolarización en el electrocardiograma y la elevación de biomarcadores (troponina T ultrasensible (TnT US) 0,274 y 0,368 ng/mL) obligaron a realizar pruebas complementarias urgentes.

El ecocardiograma transtorácico inicial mostró una función ventricular izquierda (FEVI) ligeramente deprimida (48%) con alteraciones de la contracción segmentaria con afectación de los segmentos medios de las caras anterior, posterior e inferior (**Vídeo 1**). Este patrón no seguía una distribución coronaria clara, lo que orientaba hacia una causa no isquémica obstructiva, aunque no permitía descartar inicialmente vasoespasmo coronario, disección coronaria espontánea o enfermedad coronaria epicárdica.

El dolor torácico cedió tras la administración de nitroglicerina sublingual, dato que mantuvo el vasoespasmo coronario dentro del diagnóstico diferencial. A las 72 horas, sin dolor torácico y con descenso progresivo de biomarcadores (TnT US 0,045 ng/mL) se realizó un ecocardiograma transtorácico de control que objetivó una mejoría parcial de las alteraciones segmentarias, lo que re-

forzó la posibilidad de un proceso dinámico y potencialmente reversible. Se valoró la posibilidad de realizar una coronariografía para continuar con el diagnóstico de exclusión; sin embargo, se consideró que la probabilidad de que la causa fuera una lesión coronaria obstructiva, se optó por el alta precoz y continuar el estudio de forma ambulatoria preferente.

La paciente volvió a consultar cuatro días después por cifras elevadas de presión arterial, disnea progresiva, edemas maleolares y desaturación domiciliar. Análíticamente mostró una alteración de los biomarcadores con descenso de troponina T ultrasensible (0,043 ng/mL) pero con aumento importante de NT-proBNP (3.552 pg/mL). La angio-TC pulmonar mostró un tromboembolismo pulmonar (TEP) subsegmentario en el lóbulo inferior derecho (**Figura 1**), sin signos de sobrecarga ventricular derecha, asociado a derrame pleural bilateral moderado. Ante estos hallazgos, ingresó en Cardiología para tratamiento de insuficiencia cardíaca y completar el estudio etiológico.



Vídeo 1. ETT inicial. Función ventricular izquierda (FEVI) ligeramente deprimida (48%) con hipocinesia de los segmentos medios de las caras anterior, posterior e inferior.



Figura 1. Angio-TC pulmonar. TEP subsegmentario en el lóbulo inferior derecho (flecha) asociado a derrame pleural.

Línea de tiempo

La evolución de la paciente y la cronología de las pruebas de estudio realizadas se resume en la **Figura 2**.

Evolución clínica y calendario de pruebas de estudio

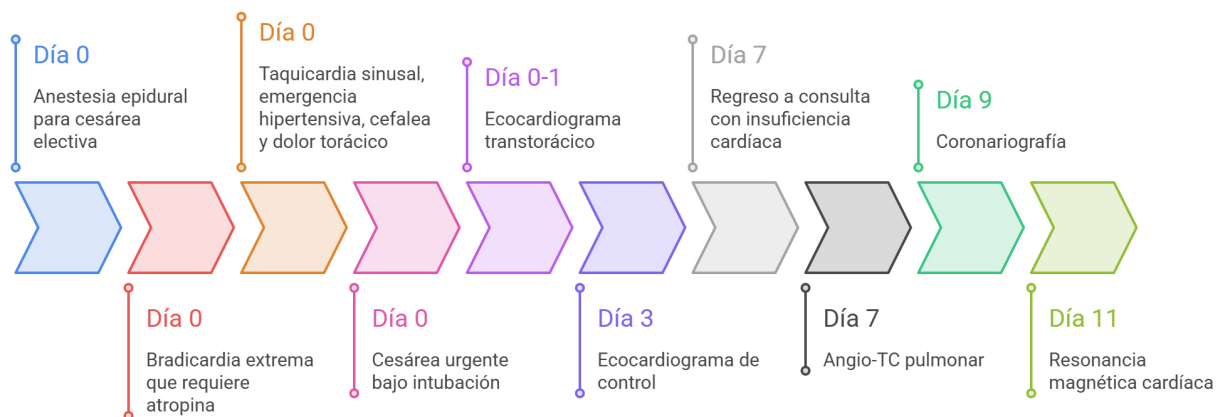


Figura 2. Evolución de la paciente y la cronología de las pruebas de estudio realizadas.

Estudio de imagen cardíaca

El ecocardiograma transtorácico fue la primera técnica de imagen cardíaca utilizada, por su disponibilidad, rapidez y capacidad para evaluar de forma inmediata la función ventricular. En el estudio inicial (**Vídeo 1**) se identificó disfunción ventricular ligera (FEVI por Simpson biplano de 48%) con alteraciones segmentarias de predominio medioventricular, con afectación de los segmentos medios de las caras anterior, posterior e inferior.

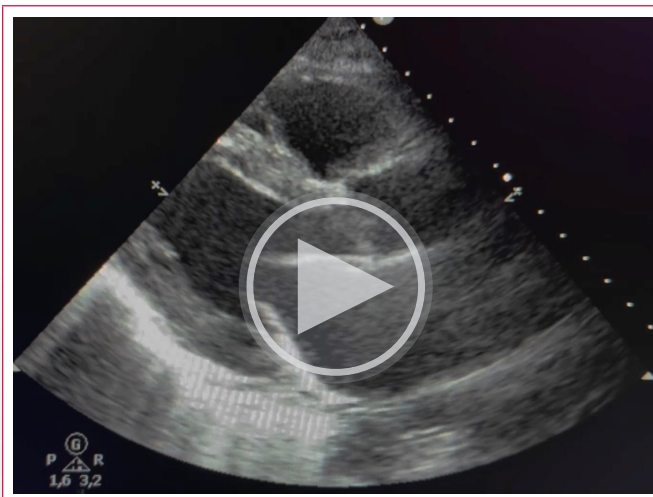
Este hallazgo resultó especialmente relevante, ya que la distribución de la disfunción no correspondía a un único territorio coronario epicárdico. La función de los segmentos basales y apicales, relativamente más conservada, orientaba hacia una variante medioventricular de miocardiopatía de estrés.

La evolución ecocardiográfica seriada aportó información adicional. La mejoría parcial de las alteraciones segmentarias a las 72 horas sugería un proceso reversible, aunque la persistencia de disfunción regional en el reingreso obligó a ampliar el estudio. En el ecocardiograma transtorácico del nuevo ingreso (**Vídeo 2**) se observó además insuficiencia mitral funcional de causa ventricular moderada (**Figura 3**), probablemente secundaria a la alteración segmentaria transitoria del ventrículo izquierdo.

No se objetivaron datos de sobrecarga significativa de cavidades derechas ni en el ecocardiograma ni en la angio-TC pulmonares que explicaran el cuadro clínico únicamente por el tromboembolismo pulmonar subsegmentario.

La coronariografía (**Figura 4**) permitió descartar lesiones obstructivas en las arterias epicárdicas. En una paciente puerpera con dolor torácico, elevación de biomarcadores y alteraciones segmentarias, este paso resultó esencial para descartar el infarto agudo de miocardio y la disección coronaria espontánea, entidades especialmente relevantes en el período periparto.

Finalmente, la resonancia magnética cardíaca permitió caracterizar el daño miocárdico y consolidar el diagnóstico. Mostró un ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico, salvo los segmentos medio septal 13,5 mm y basal de la cara anterior de 11 mm, y con una función sistólica global normal, pero con hipoquinesia moderada de segmento medio anterior y ligera de segmento medio inferior (**Vídeo 3**) y medio inferolateral. En secuencias T2 SPIR se aprecia una discreta hiperintensidad en el segmento medio de la cara anterior y el septo medio (**Figura 5**).



Vídeo 2. ETT en el reingreso. Persiste hipocinesia de los segmentos medios de las caras anterior, posterior e inferior.

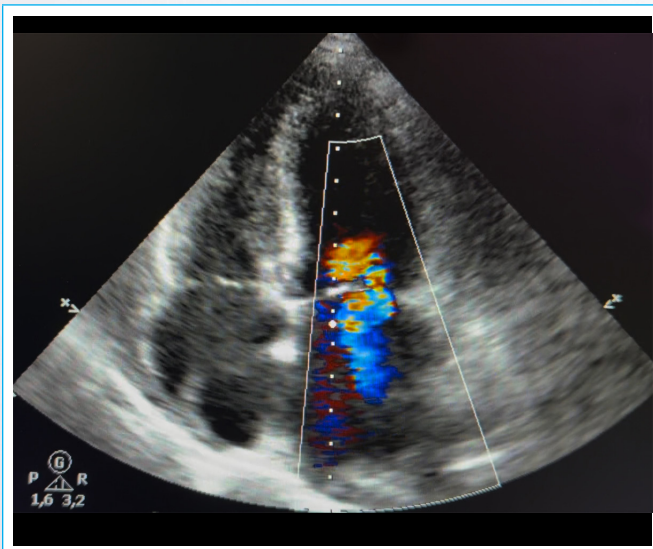


Figura 3. ETT en el reingreso. Insuficiencia mitral moderada.



Figura 4. Coronariografía. Coronaria izquierda sin lesiones.



Video 3. RMN. Secuencia cine en plano apical 2 cámaras. Función sistólica global normal, con hipoquinesia moderada de segmento medio anterior y ligera de segmento medio inferior.

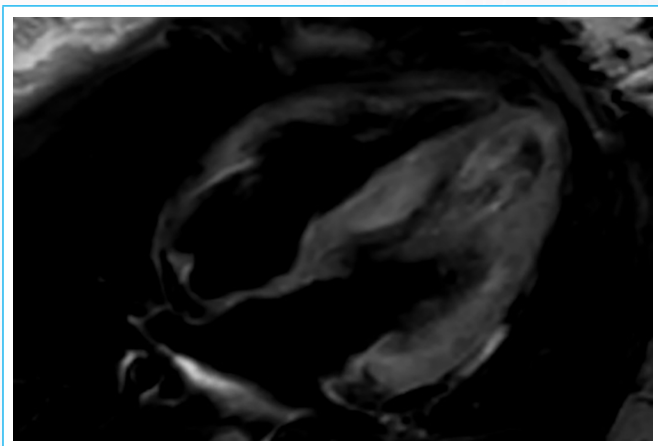


Figura 5. RMN secuencia T2 SPIR. Discreta hiperintensidad sugestiva de edema en el segmento medio de la cara anterior y el septo medio.

En secuencias T2 *mapping* se aprecia un aumento de tiempo T2 significativo de predominio en el segmento medio anterior y el septo medio de 78 ms (**Figura 6**); también elevado, pero en menor cuantía en el segmento medio inferior y el segmento basal anterior, todo ello compatible con edema. Tras la administración de gadolinio, en secuencias de realce tardío, no se objetiva captación patológica del mismo (**Figura 7**). Ante los hallazgos, el cuadro es compatible con miocardiopatía por estrés con afectación medio ventricular que se deberá confirmar con la evolución. La resonancia también fue útil para diferenciar esta entidad de una miocarditis, un infarto con arterias coronarias sin lesiones obstructivas (MINOCA) o una miocardiopatía periparto.

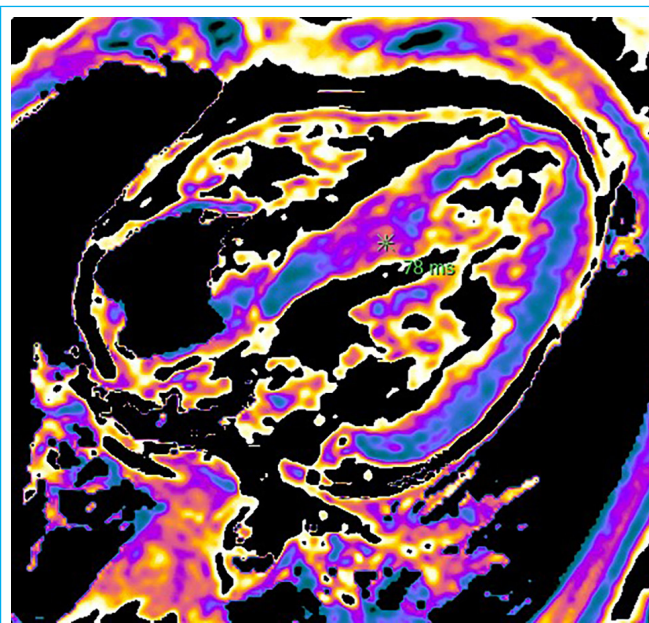


Figura 6. RMN secuencias T2 *mapping*. Aumento de tiempo T2 significativo de predominio en el segmento medio anterior y el septo medio.

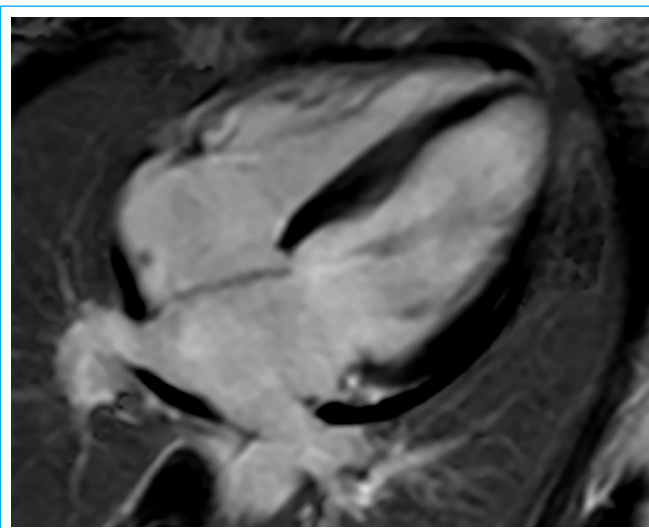


Figura 7. RMN secuencia de realce tardío. No se aprecian focos de captación cardíaca de contraste.

Evolución clínica

Durante el ingreso se instauró el tratamiento dirigido a la insuficiencia cardíaca y anticoagulación según el contexto tromboembólico puerperal. La evolución clínica fue favorable, con mejoría de la disnea, reducción de la congestión y estabilización de las cifras tensionales. Aprovechando el ingreso, se realizó una coronariografía que descartó enfermedad coronaria obstructiva. Posteriormente, la resonancia magnética cardíaca confirmó un patrón compatible con miocardiopatía de estrés medioventricular.

La integración de los hallazgos clínicos y de imagen permitió establecer un diagnóstico final de síndrome de *tako-tsubo* medioventricular en el puerperio, coexistente con tromboembolismo pulmonar subsegmentario e insuficiencia cardíaca. Se planificó un seguimiento cardiológico estrecho con reevaluación clínica y ecocardiográfica para comprobar la recuperación de la función ventricular y ajustar el tratamiento.

Discusión

El dolor torácico y la disfunción ventricular aguda en el puerperio representan un escenario diagnóstico de alta complejidad¹. En esta etapa pueden coincidir factores hemodinámicos, hormonales, inflamatorios, protrombóticos y autonómicos que favorecen la aparición de complicaciones cardiovasculares. La presentación clínica puede ser indistinguible de un síndrome coronario agudo, especialmente cuando existe elevación de biomarcadores y alteraciones electrocardiográficas²⁻⁴.

El síndrome de *tako-tsubo* es una miocardiopatía aguda y reversible, desencadenada habitualmente por un estímulo físico o emocional importante, caracterizada por alteraciones segmentarias transitorias que exceden la distribución de un único territorio coronario². Aunque se asocia clásicamente a mujeres posmenopáusicas y a un patrón de «balonización apical», existen variantes atípicas, como la medioventricular, basal o focal². En el período periparto, el diagnóstico puede ser especialmente difícil, ya que comparte manifestaciones con la miocardiopatía periparto, la disección coronaria espontánea y el infarto agudo de miocardio^{1,5}.

En este caso, el patrón ecocardiográfico fue clave. La afectación de segmentos medios de varias caras ventriculares, sin correspondencia con un territorio coronario único, hizo sospechar una miocardiopatía de estrés. No obstante, la respuesta del dolor a nitroglicerina y el contexto de emergencia hipertensiva mantuvieron inicialmente el vasoespasmo coronario dentro del diagnóstico diferencial. Además, en mujeres jóvenes y en el puerperio, la disección coronaria espontánea debe considerarse de forma prioritaria, ya que puede presentarse con dolor torácico, cambios electrocardiográficos y elevación de troponinas¹.

La coronariografía resultó esencial para descartar una enfermedad coronaria obstructiva y la disección epicárdica angiográficamente evidente. Sin embargo, la exclusión anatómica de una enfermedad coronaria no completa por sí sola el diagnóstico. La resonancia magnética cardíaca aporta información tisular decisiva, permitiendo diferenciar el síndrome de *tako-tsubo* de miocarditis, MINOCA y otras miocardiopatías¹. En el *tako-tsubo*, la resonancia puede mostrar edema miocárdico con ausencia de realce tardío significativo o con patrones no isquémicos discretos, junto con alteraciones segmentarias reversibles.

Otro elemento relevante fue la coexistencia de tromboembolismo pulmonar subsegmentario y el derrame pleural bilateral. El TEP puede producir dolor torácico, disnea, elevación de biomarcadores y disfunción ventricular derecha (que en este caso no producía), contribuyendo a la congestión pulmonar y a la clínica de insuficiencia cardíaca. Por lo tanto, debe interpretarse como una complicación concurrente en un contexto puerperal protrombótico, a pesar de la administración adecuada de profilaxis antitrombótica.

El caso subraya la importancia de una estrategia diagnóstica escalonada y multimodal. La ecocardiografía permitió detectar y monitorizar la disfunción ventricular, la angio-TC pulmonar identificó una complicación tromboembólica asociada, la coronariografía descartó una enfermedad coronaria obstructiva, y la resonancia magnética cardíaca proporcionó la caracterización definitiva. Esta integración es especialmente relevante en el puerperio, donde retrasar el diagnóstico puede tener consecuencias graves tanto por infratratamiento de causas potencialmente letales como por tratamientos innecesarios en entidades reversibles.

Conclusión

La miocardiopatía de estrés medioventricular puede presentarse en el puerperio simulando un síndrome coronario agudo. En este contexto, el diagnóstico

exige una valoración sistemática que incluya síndrome coronario agudo, disección coronaria espontánea, vasoespasmo coronario, miocardiopatía periparto, miocarditis y tromboembolismo pulmonar. La ecocardiografía seriada constituye la herramienta inicial fundamental para identificar el patrón de disfunción y valorar su evolución, mientras que la resonancia magnética cardíaca permite caracterizar el miocardio y completar el diagnóstico de exclusión. La imagen cardíaca multimodal es, por tanto, decisiva para guiar el manejo clínico en pacientes púerperas con disfunción miocárdica aguda.

Ideas para recordar

- En el puerperio, el dolor torácico con elevación de biomarcadores exige descartar causas coronarias, tromboembólicas y miocárdicas potencialmente graves.
- Un patrón de alteraciones segmentarias que no respeta un territorio coronario debe sugerir miocardiopatía de estrés.
- La ecocardiografía seriada permite valorar la reversibilidad de la disfunción ventricular y orientar el diagnóstico diferencial.
- La resonancia magnética cardíaca es clave para diferenciar el síndrome de *tako-tsubo*, miocarditis, infarto y miocardiopatía periparto.
- El diagnóstico de *tako-tsubo* en el puerperio requiere integrar clínica, angiografía coronaria e imagen cardíaca avanzada.

Declaración CARE

Este reporte de caso se elaboró de acuerdo con las CARE Case Report Guidelines.

Consentimiento informado

Los autores confirman que se obtuvo consentimiento informado para la publicación del caso, incluidas las imágenes y el texto asociado, de conformidad con las directrices del COPE y que se garantizó la anonimización de la información clínica. Cuando esto no haya sido posible, se aplicará una anonimización estricta y el comité editorial comprobará que el riesgo de identificación sea mínimo antes de considerar la publicación.

Fuente de financiación

Los autores declaran que no existió ningún tipo de financiamiento.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen relaciones de interés comercial o personal dentro del marco de la investigación que condujo a la producción del reporte de caso.

Bibliografía

1. De Backer J, Haugaa KH, Hasselberg NE, De Hosson M, Brida M, Castelletti S, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. Eur Heart J. 2025;46(43):4462-4568. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf193>

2. Ghadri JR, Cammann VL, Napp LC, Jurisic S, Diekmann J, Bataiosu DR, *et al.* Differences in the clinical profile and outcomes of typical and atypical takotsubo syndrome: data from the International Takotsubo Registry. *JAMA Cardiol.* 2016;1(3):335-40. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2016.0225>
3. Ghadri JR, Wittstein IS, Prasad A, Sharkey S, Dote K, Akashi YJ, *et al.* International expert consensus document on takotsubo syndrome, part I: clinical characteristics, diagnostic criteria, and pathophysiology. *Eur Heart J.* 2018;39(22):2032-46. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy076>
4. Tzerefos S, Aloizou D, Nikolakopoulou S, Aloizos S. Takotsubo syndrome: differences between peripartum period and general population. *Healthcare.* 2024;12(16):1602. <https://doi.org/10.3390/healthcare12161602>
5. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, *et al.* Fourth universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2019;40(3):237-69. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy462>