

Diagnóstico precoz de cardiopatía chagásica

Marcelo Andrés Pietrani, Diego Pérez de Arenaza, Nicolás Cocco, Susana Zéffiro y Gustavo Maid

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una mujer de 65 años de edad se interna en el Hospital Italiano de Buenos Aires para su evaluación luego de un episodio de taquicardia ventricular (TV) (Figura 1). La paciente presenta una historia de siete años con múltiples episodios de palpitaciones y TV con compromiso hemodinámico, que requirió de cardioversión eléctrica en reiteradas oportunidades. Fue tratada sin éxito con amiodarona, sotalol y mexiletine.

El ecocardiograma Doppler mostró una fracción de eyección del ventrículo izquierdo normal (FEVI 55%), sin anomalía de la motilidad regional de su pared; la coronariografía fue normal y el laboratorio puso en evidencia una serología positiva para cardiopatía chagásica (confirmado por ELISA y test de hemoaglutinación).

La existencia de múltiples episodios de TV monomórfica con bloqueo de rama derecha, la desviación del eje superior izquierdo y las diferentes duraciones de los ciclos inducidos en el estudio electrofisiológico, son sugestivos de focos de TV en segmento el ínfero lateral.

Se solicitó entonces una resonancia magnética cardiovascular (RMC) que mostró hipoquinesia del segmento ínfero lateral basal del ventrículo izquierdo, con un área de adelgazamiento severo del miocardio en secuencias de cine resonancia (FLASH). En las imágenes con contraste tardío, (con técnica de inversión *recovery*), se evidenció un realce del gadolinio subendocárdico en la misma localización (Figura 2).

Un SPECT gatillado con MIBI-Tc99m mostró hipoperfusión severa en reposo a dicho nivel (Figura 3).

DISCUSIÓN

Las arritmias ventriculares sostenidas y la muerte súbita se asocian frecuentemente a pacientes con cardiopatía chagásica con aneurismas ventriculares. A pesar de que la paciente presentaba función global y volúmenes dentro de parámetros normales, fue posible detectar por medio de la RMC una alteración estructural asociada a una TV sostenida. Estos hallazgos podrían representar un estadio precoz de un aneurisma ventricular en pacientes con cardiopatía chagásica.

Figura 1: ECG de ingreso evidenciando una taquicardia ventricular.



Figura 2: Resonancia Magnética Cardíaca con técnicas de Cine FLASH cuatro cámaras (a), eje corto basal (b y c) mostrando adelgazamiento de la pared inferolateral del ventrículo izquierdo. Secuencias de viabilidad (inversion recuperación) mostrando realce con gadolinio en segmento del ventrículo izquierdo en cuatro camaras (d) y eje corto de la base (e y f). Este realce indica la presencia de necrosis o fibrosis miocárdica.

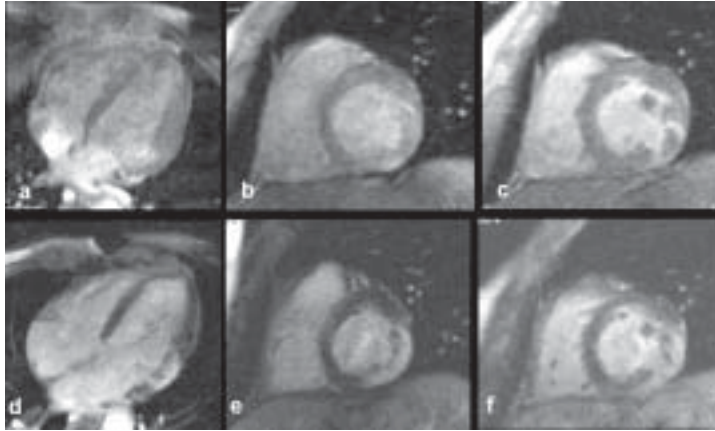
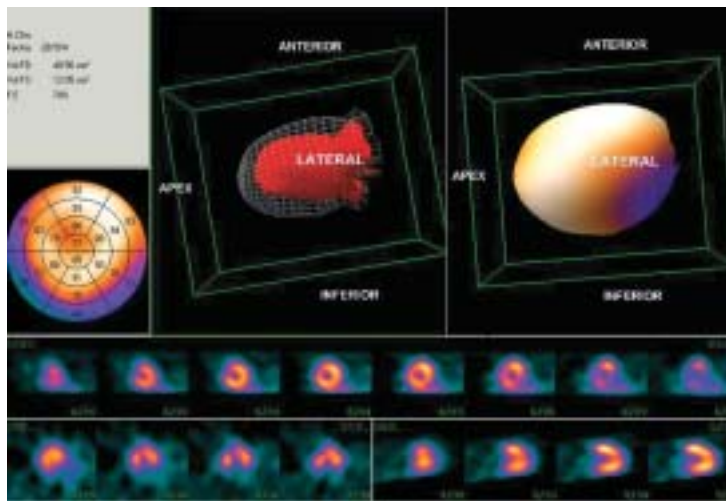


Figura 3: Medicina Nuclear, SPECT (MIBI-TC99m) con gatillado ECG con reconstrucción 3D mostrando hipoprefusión en segmento inferolateral del ventrículo izquierdo.



Mediante cortes tomográficos, la RMC es capaz de realizar un estudio anatómico cardíaco y así evaluar la morfología y la caracterización tisular. Además, efectúa secuencias de cine que permiten evaluar la función ventricular, los volúmenes cardíacos y el espesor parietal con mayor precisión que otras técnicas tradicionales. Por otro lado, utilizando técnicas con inyección de

gadolinio, se puede definir con precisión la presencia de tejido viable y no viable, dado que el contraste se concentra en altas proporciones en las zonas con necrosis o infarto de miocardio. Esta mayor concentración de gadolinio en la zona infartada permite detectar la necrosis como una zona blanca brillante en las imágenes de viabilidad miocárdica (*inversion recovery*).

LECTURA RECOMENDADA

- Hagar JM, Rahimtoola SH. Chagas' heart disease in the United States. *N Engl J Med* 1991; 325(11):763-8.

- Venegoni P, Bhatia HS. Images in cardiovascular medicine: Chagas' disease and ventricular aneurysms. *Circulation* 1997;96(4):1363.