

Miocardiopatía chagásica. Aneurisma ventricular izquierdo: diagnóstico por resonancia magnética

Laura C. Dragonetti, Marcelo Pietrani, Diego Pérez de Arenaza y Ricardo García Mónaco

Una paciente femenina sana, de 57 años, con antecedente de arritmia de reciente comienzo, consulta por palpitaciones. Al ingreso se le extrae sangre para diagnóstico serológico y se envía a la paciente a resonancia magnética (RM) para determinar la morfología precisa y la función del ventrículo izquierdo.

La indicación de la resonancia magnética cardíaca (RMC) se hace en el contexto de una mala ventana acústica.

Se utilizó para el estudio un resonador 1.5T® (Siemens) con bobinas de superficie y electrocardiograma (ECG) gatillado. Todas las imágenes fueron adquiridas durante una simple apnea.

Se realizaron secuencias anatómicas y funcionales SSFP (cine) en los ejes cardíacos clásicos de 2, 4 y 3 cámaras y en eje corto secuencial de base a punta.

Estas se repitieron poscontraste (secuencias realce tardío).

Los hallazgos imagenológicos fueron:

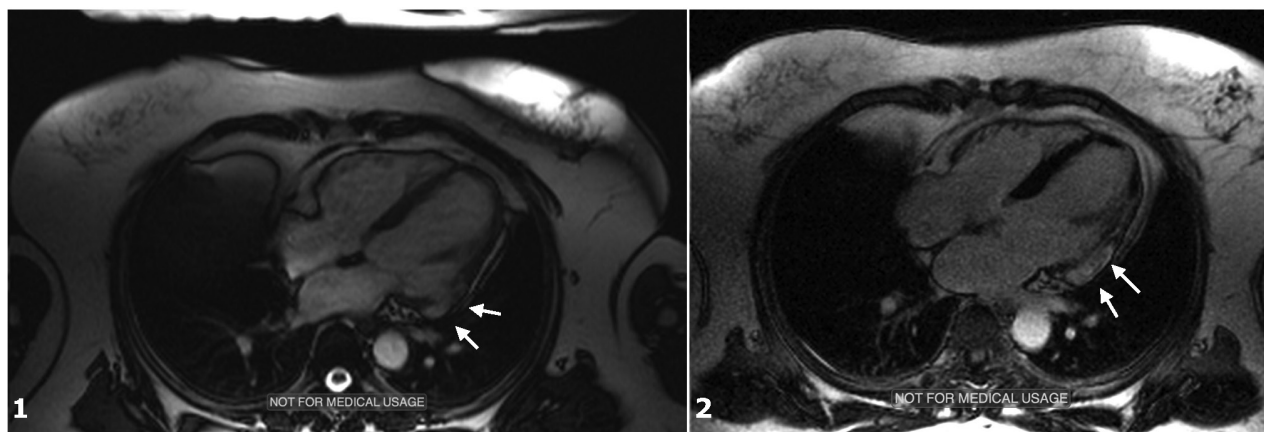
La vista eje dos cámaras fue normal, mientras que en el eje 4c y en eje corto basal (Figs. 1 y 3) se evidenció adelgazamiento con ausencia de engrosamiento sistólico a nivel de la pared basal y lateral, observándose formación aneurismática con cuello de 2,6 cm.

La imagen descrita se refuerza intensamente con el gadolinio (Figs. 2 y 4) confirmando así la presencia de aneurisma con tejido fibroso cicatrizal.

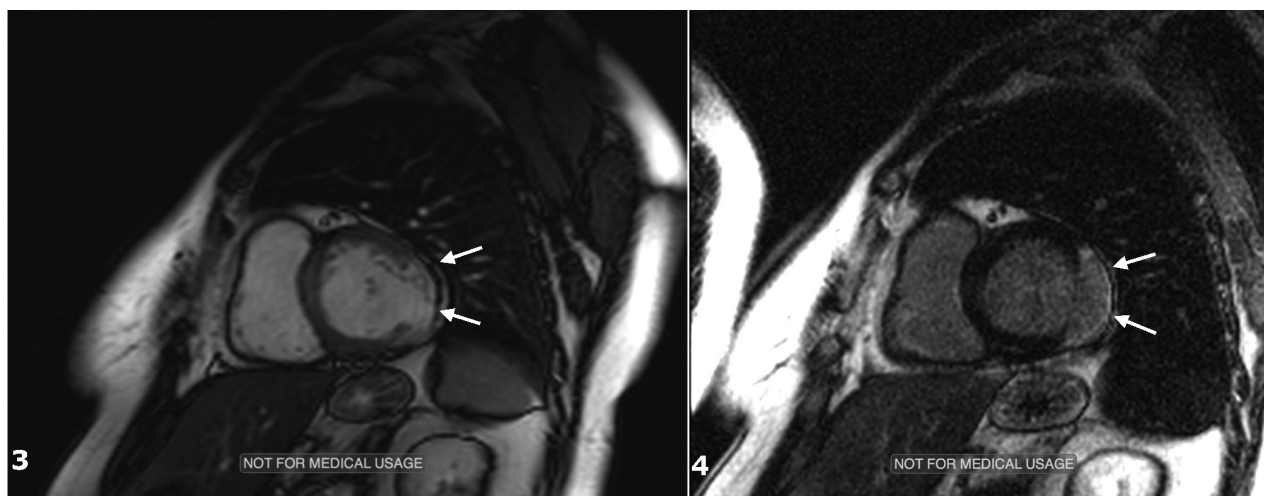
Se descarta la presencia de trombo asociado (complicación frecuente y causa de embolia).

La función ventricular deprimida muestra un valor de 46% (ARGUS), mientras que el valor normal es mayor de 55%.

La cinecoronariografía (CCG) aportada por la paciente descartó la presencia de infarto o lesiones vasculares asociadas.



Figuras 1 y 2. Vistas 4 cámaras en secuencias cine SSFP (Fig. 1); adelgazamiento de la pared lateral basal y presencia de aneurisma que refuerza tras el contraste. Se observa hiperrealce compatible con tejido fibrótico (Fig. 2).



Figuras 3 y 4. Vistas eje corto a nivel basal con evidencia de deformación en cara lateral y presencia de aneurisma en secuencia cine y realce tardío (línea hiperintensa brillante).

CONCLUSIÓN

La RMC puede evaluar con precisión la anatomía y función del corazón y alcanzar el diagnóstico de manera inocua e incruenta.

El compromiso cardíaco es crucial en la evolución y la resonancia permite evaluar su pronóstico mediante la visualización de fibrosis asociada. Esta se encuentra en los dos tercios de los pacientes y su incidencia aumenta con la gravedad, pero es más pronunciada en sujetos con arritmias ventriculares graves.

La presencia de realce tardío también permite diferenciar (como en este caso) la existencia del aneurisma verdadero frente a pseudoaneurisma, el cual no posee pared y por ende no refuerza.

Los aneurismas son más frecuentes en el ápex y en la región posteroinferior¹ y no pueden diferenciarse del infarto (salvo descartarlo por CCG).

En los pacientes asintomáticos ocurren en un 8,5%² y en individuos con ECG normal tienen una prevalencia del 2%, que ascienden al 24% en aquellos pacientes con ECG anormal.³

La miocardiopatía chagásica se caracteriza por insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares, bloqueos cardíacos, fenómenos tromboembólicos y muerte súbita;⁴⁻⁶ nuestra paciente consultó por arritmia de reciente comienzo (ARC).

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Regueiro A, García-Álvarez A, Sitges M, et al. Myocardial involvement in Chagas disease: insights from cardiac magnetic resonance. *Int J Cardiol.* 2013;165(1):107-12.
2. Viotti RJ, Vigliano C, Laucella S, et al. Value of echocardiography for diagnosis and prognosis of chronic Chagas disease cardiomyopathy without heart failure. *Heart.* 2004;90(6):655-60.
3. Nunes MC, Barbosa MM, Ribeiro AL, et al. Left atrial volume provides independent prognostic value in patients with Chagas cardiomyopathy. *J Am Soc Echocardiogr.* 2009;22(1):82-8.
4. Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas disease. *Lancet.* 2010;375(9723):1388-402.
5. Ribeiro AL, Nunes MP, Teixeira MM, et al. Diagnosis and management of Chagas disease and cardiomyopathy. *Nat Rev Cardiol.* 2012;9(10):576-89.
6. Nunes MC, Dones W, Morillo CA, et al.; Council on Chagas Disease of the Interamerican Society of Cardiology. Chagas disease: an overview of clinical and epidemiological aspects. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(9):767-76.