

Comité de Chagas

INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA CRÓNICA

G Cursack y col. *InsufCard* 2019; 14(1):12-33. Disponible en <http://www.insuficienciacardiaca.org>



Dr. Rodolfo Leiva (Pte. Comité de Chagas SCR) junto con la colaboración de Dra. Fernanda Dufort (Sec. Comité de Chagas SCR)

Esta publicación del Comité de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar de la Federación Argentina de Cardiología es una revisión de un tema que en los últimos años ha tenido muchos avances tanto en el diagnóstico como el tratamiento, lo que repercutió positivamente en la mejoría de la calidad de vida y la supervivencia de muchos pacientes con insuficiencia cardíaca. Pero el objetivo específico está puesto en analizar los aspectos destacados en la población de pacientes con miocardiopatía chagásica crónica. A partir de reconocer que existen diferencias en esta población respecto a las que presentan otras causas de miocardiopatía que evolucionan con insuficiencia cardíaca y que muchas de las indicaciones e intervenciones se basan en experiencia más que evidencia científica.

Para el abordaje de la temática se ha dividido en 9 puntos de desarrollo teórico en el que brevemente se resume la evidencia actualizada. Al finalizar cada uno, los autores hacen referencia de la bibliografía utilizada.

Los mismos son:

1. Epidemiología
2. Estratificación de riesgo. Scores de riesgo
3. Presentación clínica
4. Aporte de las imágenes cardíacas en pacientes con enfermedad de Chagas
5. Tratamiento de insuficiencia cardíaca en miocardiopatía chagásica
6. Dispositivos de monitoreo hemodinámicos implantables
7. Insuficiencia cardíaca avanzada

8. Cardio desfibrilador implantable en la cardiopatía chagásica
9. Trasplante cardíaco en enfermedad de Chagas

El último reporte de casos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) del 2015 reveló que existen alrededor de 1,5 millones de personas infectadas por *Trypanosoma Cruzi* en Argentina.

Este número debería ser considerado teniendo en cuenta que esta patología está subdiagnosticada por desconocimiento de la metodología de diagnóstico o por no tenerla presente como causa de miocardiopatía. Muchas de las cuales evolucionarán a insuficiencia cardíaca (IC) y se presentan en consultorio, unidades coronarias o salas de cardiología.

La noción de foco epidemiológico o las migraciones internas dentro del país o desde países limítrofes es un dato orientador en la consulta cuando se encuentra en estudio la causal de síntomas de IC. Se desconoce el número de pacientes con miocardiopatía chagásica (MC), pero se estima que del 15-30% de los infectados desarrollara algún grado de compromiso cardíaco y de estos, un 10% evolucionara a la forma dilatada.

El registro argentino de IC (REARGIC) incluyó prospectivamente 1257 pacientes de 31 centros en 11 provincias, hospitalizados por IC Aguda entre el año 2013 y 2016. El mismo concluyo que solo el 5,2% de los pacientes estudiados tuvo como etiología a la cardiopatía chagásica. Cabe destacar que solo se realizó serología a un 8% de los pacientes durante la internación, por lo que los números no son totalmente reales.

La miocardiopatía chagásica se presenta a menor edad en comparación con la miocardiopatía dilatada idiopática e isquémica.

Una revisión de 2016 que analizó 18 registros argentinos publicados en los últimos 23 años mostró una prevalencia de etiología chagásica “sorpresivamente” baja, menor al 10% en comparación con otras etiologías, teniendo en cuenta que este trabajo incluyó al registro REMIDA, que incorporó exclusivamente miocardiopatías dilatadas, dejando afuera otras formas de cardiopatías de origen chagásico.

Entre las causas del subregistro de pacientes infectados en el país se destaca la falta de disponibilidad de serología y de otros elementos diagnósticos en las últimas publicaciones.

Además, no existen registros de mujeres en edad fértil infectadas, lo que resulta en una limitación más en la estrategia de interrumpir la transmisión vertical, que en la actualidad es uno de los objetivos a los que apuntan las políticas de trabajo de las organizaciones científicas regionales. Se agrega a la problemática que muchas de ellas no realizan controles de embarazo, por lo que la pesquisa de estas se pierde con altas chances de nuevos nacidos infectados por *Tripanosoma Cruzi*.

Para la estratificación de riesgo existen varios scores que pueden ponerse en práctica, como los de Rassi, Souza o Ribeiro; donde evaluando distintas variables podemos saber el riesgo y la evolución de estos pacientes sobre todo en formas tempranas de la enfermedad. Para optimizar su utilización, no solamente se necesita disponer de métodos complementarios, sino también cierto grado de experiencia en el manejo clínico de estos pacientes. Estas resultan complicaciones en la estratificación de pacientes en las zonas endémicas.

El score de Souza resulta ser el menos complejo con sus variables de dispersión del QT, función del ventrículo izquierdo, síncope y extrasístoles ventriculares en el electrocardiograma (ECG). En la

mayoría de los lugares solo se hace seguimiento electrocardiográfico y eventualmente ecocardiográfico esporádico. Este es uno de los determinantes del escaso acceso a los tratamientos parasiticidas.

En esta revisión se remarca la importancia de la evaluación de la función ventricular que aporta datos para orientar el tratamiento y a veces, definir el pronóstico. Se deberá realizar al menos un ecocardiograma en todo paciente con serología positiva y repetirlo en caso de aparecer nuevos cambios en el ECG.

Algunas técnicas que son muy lejanas para algunos por su costo y/o encontrarse alejados del tercer nivel de complejidad de salud, como el speckle tracking, el doppler tisular, técnicas de strain y strain rate, el ecocardiograma tridimensional y la resonancia cardiaca; podrían proporcionar datos muy valiosos de detección precoz de daño subclínico funcional del ventrículo izquierdo en pacientes con Chagas crónico y FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) conservada.

El tratamiento de esta patología depende de muchas variantes, sobre todo el acceso a fármacos que ya han demostrado ser eficaces en otras formas de IC. Sin embargo, en la MC existen algunas características diferentes, como la disautonomía, arritmias ventriculares frecuentes y varias formas de trastornos de conducción que hacen que el tratamiento difiera. Por esto muchas veces se cree que la respuesta a las drogas habitualmente prescritas en IC podría ser diferente. Esta percepción clínica suele ser la causa por la que, en algunos casos, se indica un tratamiento médico subóptimo.

El tratamiento se apoya en medidas generales, manejo farmacológico y uso de dispositivos y los objetivos del tratamiento son los mismos que en las otras miocardiopatías. Sin embargo, en la mayoría de los centros de atención primaria el tratamiento se limita a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), los betabloqueantes y los antagonistas de los receptores mineralocorticoides, quedando los inhibidores duales como el sacubitril-valsartan y el implante de dispositivos cardiacos como MCP, CDI o TRC, para algunos pocos que puedan acceder a ellos aun habiendo demostrado beneficios reduciendo la morbimortalidad de estos pacientes.

En un subanálisis de pacientes de Latinoamérica aleatorizados a los estudios PARADIGM -HF y ATMOSPHERE (Aliskiren en pacientes con IC), la MC estuvo presente en 195 pacientes. Los pacientes eran más jóvenes y con menos comorbilidades con relación a otras etiologías, sin embargo, la combinación de muerte cardiovascular y hospitalización por IC fue más frecuente.

En la mayoría de los estudios publicados de IC no se aclara qué porcentaje de los pacientes seleccionados eran chagásicos por lo que no se sabe a ciencia cierta la respuesta de los distintos tratamientos en este grupo de pacientes.

El pronóstico de pacientes con IC crónica por miocardiopatía chagásica es peor que el observado en pacientes con otras etiologías, con una mortalidad al año de hasta 22% y a 5 años de 32%. Los pacientes con IC con una probabilidad de muerte anual $\geq 70\%$ son usualmente considerados para trasplante cardiaco. La enfermedad de Chagas como etiología de IC es un predictor independiente de mortalidad en pacientes incluidos en lista de espera de TC, aquellos con MC tienen un peor pronóstico comparados con otras etiologías, con una supervivencia del 50%, 25% y 0% a los 2, 4 y 8 meses, respectivamente.

Desde el año 1985 se incluyó a los pacientes con MCCH en listas de trasplantes, provocando que

aumentaran así los datos del seguimiento de estos tras el procedimiento.

COMENTARIO DEL AUTOR

En conclusión, existen pocos registros y estudios que incluyan a los pacientes con MC, haciendo que la información sea limitada. Es posible que, ante la globalización de la enfermedad, nuevos grupos de investigación se vean movilizados y surja nueva evidencia en un futuro.

El poco acceso a los tratamientos farmacológicos de primera línea y con demostrado beneficio en la reducción de la morbimortalidad pone a estos pacientes en riesgo mala evolución de su cardiopatía. Aunque los aspectos legales y de responsabilidades de los estados no se abordan completamente en esta publicación, consideramos que la enfermedad de Chagas debería ser una cuestión de salud pública urgente y en estudio constante para acercar a estos pacientes a los tratamientos Gold standard y así poder mejorar su supervivencia y disminuir los costos en salud que trae la MC en su fase avanzada.

Por esto nos parece importante el aporte de esta revisión que, aunque tiene 3 años desde su publicación, analiza la evidencia científica considerando específicamente la miocardiopatía chagásica crónica. El trabajo ordena la información de una manera muy práctica y sencilla, resaltando en cada ítem la bibliografía respaldatoria.

Es posible que, con esto, los cardiólogos encuentren rápidamente las herramientas que le permitan incluir esta entidad entre las causas de IC, teniendo presentes los tratamientos disponibles y así mejorar la calidad de vida de esta población de pacientes que ya no se encuentran exclusivamente en las regiones consideradas endémicas, sino que producto de las migraciones continuas, pueden presentarse en la consulta de cualquier lugar del mundo.