

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Miocardiopatía en un paciente de origen boliviano

Regata Cuesta C

*Microbiología y parasitología clínica (Hospital Clínic i Provincial, Barcelona)
Medicina Familiar y Comunitaria (UdÇ Girona)*

Resumen

Se aborda un caso clínico de cardiomiopatía dilatada y enfermedad importada. La enfermedad de Chagas puede volverse crónica y afectar a varios órganos, incluido el corazón, generando alteraciones del ritmo y anomalías estructurales que terminan en complicaciones graves. En el presente caso, intentamos un acercamiento a esta patología endémica en los países de origen de muchos de nuestros pacientes.

Caso clínico

El paciente del caso propuesto tiene 60 años, proviene de Bolivia, es originario de Santa Cruz de la Sierra, generalmente viaja a su país natal una o dos veces por al año.

Como **antecedentes familiares**, su padre y 3 de sus 11 hermanos se vieron afectados por la enfermedad de Chagas, no presentaban factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes cardiacos destacables (1,2).

Como antecedentes personales, el paciente sufrió un accidente de tráfico en 1993 en su país, donde se le realizó una transfusión de sangre.

Presenta factores de riesgo cardiovascular, tiene hipertensión y dislipemia en tratamiento.

En 2007 sufrió una muerte súbita, presentando un extenso IAM anteroseptal con enfermedad de

un solo vaso (AD) con implantación de 3 stens y un DAI unicameral como profilaxis secundaria.

En la **exploración** ambulatoria destaca: buen estado general, TA 109/78, no edemas. No crepitantes. No IY. RCR a 7 por min sin soplos. Neuro: secuelas de memoria tras muerte súbita, sin focalidad neurológica actual. Resto de exploración normal.

Como **pruebas diagnósticas** complementarias se realizaron las siguientes:

En una ecocardiografía de seguimiento después de la implantación del DAI presentó una FE del 20% con VI severamente dilatado, con movilidad mínimamente hipertrófica y severamente disminuida debido a la acinesia anteroseptal extensa que presentaba. Tenía disfunción diastólica de grado 1, insuficiencia mitral leve secundaria y raíz de la válvula Aórtica ligeramente dilatada (3,4).

Como podemos ver en las pruebas complementarias, la radiografía de tórax (figura 1) muestra un aumento del índice cardiotorácico y el DAI (dispositivo automático implantable) con electrodos correctamente implantados, sin cambios en los senos costofrénicos o infiltrados en el parénquima pulmonar.

La evolución crónica de esta enfermedad y los factores de riesgo cardiovascular asociados han podido causar daño estructural al corazón que ha conducido a una miocardiopatía isquémica

dilatada que se muestra en el ecocardiograma (figura 2), una disfunción grave del ventrículo izquierdo, junto con un VI muy dilatado y una patología valvular asociada.

El ECG también muestra afectación con RS, eje a 60°, PR 100mseg, QRS estrecho, QS anterior con T negativo desde V1 a V6.

Preguntas

En un varón de 60 años de Bolivia, las causas más probables de miocardiopatía dilatada podrían ser:

1. Hipertrofia ventricular por hipertensión (hipertensión arterial).
2. Miocardiopatía dilatada de origen enólico.
3. IAM (infarto agudo de miocardio).

4. Cardiomiopatía por enfermedad de Chagas.
5. Las respuestas 2 y 4 son correctas.

¿Deben tratarse las formas crónicas de la enfermedad de Chagas?

- Nunca.
- La terapia antitrypanosomal está garantizada para pacientes con enfermedad cardíaca de chagas avanzada.
- El tratamiento está garantizado para adultos con la forma indeterminada de infección crónica por T. cruzi.
- No se justifica el tratamiento en niños de 18 años o menos con infección crónica por T. cruzi.
- Siempre.

Figura 1. Radiografía de tórax

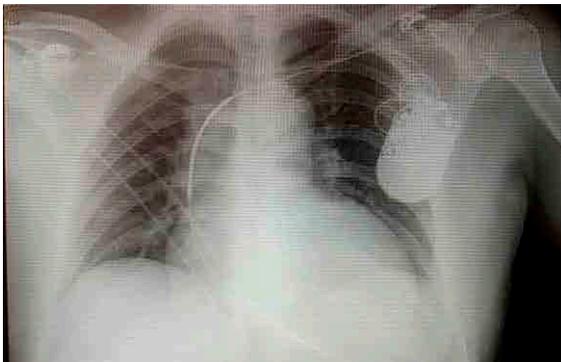


Figura 2. Ecocardiografía

