

## En Referencia al Miocardio no Compactado, Enfermedad de Chagas y Disfunción

Roberto Pereira

Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - Universidade de Pernambuco, Recife, PE - Brasil

Muy interesante y adecuada su publicación de "Miocardio no Compactado, Enfermedad de Chagas y Disfunción – Caso Clínico" (Ronaldo Peixoto de Mello et al<sup>1</sup>).

Nos gustaría hacer un comentario sobre la declaración de los autores de que "Este relato de caso representa la primera descripción de la asociación entre miocardio no compactado del ventrículo izquierdo (MNCVI) y la cardiopatía inducida por Enfermedad de Chagas (EC)."

De hecho, hemos presentado varios exámenes ecocardiográficos en varios congresos, donde se muestran imágenes de trabeculaciones en el ventrículo izquierdo en

pacientes con la forma dilatada de la Cardiopatía Chagásica Crónica. Destacamos que publicamos dicho aspecto en el libro "Enfermedad de Chagas", Jarbas de Malta, publicado en São Paulo por Sarvier en 1996. "...hemos observado en pacientes chagásicos con la forma dilatada, la prevalencia de imágenes ecocardiográficas sugestivas de "trabeculaciones" o arrugas del endocardio, raramente vistas en no chagásicos (Fig. 43). "Anexo 01.

Curiosamente, la referencia en el caso publicado, de proporción 6:1 entre las trabeculaciones y el grosor del miocardio normal, un hallazgo también visto por nosotros en la ecocardiografía, más bien pronunciado que el que se describe como una característica del MNCVI.

Por último, estamos de acuerdo con los autores que la ecocardiografía es el método de elección para el diagnóstico de anomalías anatómicas, aunque otras técnicas de imagen pueden ser útiles.

### Palabras clave

Cardiomiopatía de Chagas, enfermedad de Chagas, disfunción ventricular izquierda.

### Correspondencia: Roberto Pereira •

Setubal, 1548/701 - Boa Viagem - 51130-010 - Recife, PE - Brasil

E-mail: robertopereira@cardiol.br, robertopereira@unicordis.com.br

Artículo recibido el 01/10/10; revisado recibido el 01/10/10; aceptado el 30/11/10

### Referencia

1. Mello RP, Szarf G, Nakano E, Dietrich C, Cirenza C, Paola AA. Noncompaction of the myocardium, Chagas' disease and dysfunction: a case report. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1):e4-6.

### Carta respuesta

La Cardiopatía Chagásica Crónica (CCC) siempre fue escenario de preocupación en nuestro medio. Una rápida investigación en sitios de internet de uso regular con los términos Enfermedad de Chagas y Miocardio no compactado localiza 6.320 resultados. Es redundante explicar la inutilidad de visitar cada una de las páginas encontradas. Si buscamos en el pubmed usando el término Enfermedad de Chagas encontramos 12480 artículos publicados. Por otro lado, el término no compactación nos separa 631 artículos. Si utilizamos esos términos conjuntamente, encontramos apenas el presente relato de caso. Investigando el LILACS encontramos resultado semejante.

Algunas consideraciones son particularmente importantes. Primero, la superficie endocárdica del ventrículo izquierdo

está habitualmente revestida por proyecciones musculares formando puentes por curso variable denominados trabéculas cárneas. Bandas musculares y prominentes trabeculaciones con más de 2mm de diámetro son comúnmente encontrados en 68% de los corazones normales sin caracterizar la enfermedad asociada a la no compactación<sup>1</sup>. Estas se proyectan de la superficie ventricular interna, partiendo especialmente de la pared septal hacia la pared lateral, excepto en el cono arterial lo que vuelve fundamental criterios ecocardiográficos definidores. Segundo, lo que caracteriza la presencia de miocardio no compactado es la numerosa y exuberante presencia de trabeculación; relación entre el músculo no compactado y el miocardio normal > 2; la presencia de recesos intratrabeculares profundos<sup>2</sup>.

Felicitemos al Dr. Pereira et al por el trabajo pionero discutiendo el asunto, entre tanto, diferenciar la presencia de disfunción ventricular inducida por la no compactación de aquella de la CCC puede ser ecocardiográficamente difícil en la imagen referida<sup>3</sup>. Algunas características son importantes para diferenciar la etiología del compromiso miocárdico entre ellas la presencia de aneurisma en ápice común en la CCC (improbable en la no compactación); presencia de fibrosis transmural o epicárdica, más común en la primera, mientras que en la segunda la fibrosis tiende a ser subendocárdica adyacente a las trabeculaciones. Datos adicionales pueden ser útiles: asociación de disfunción acentuada en la pared inferiobasal común en la CCC; presencia de bloqueos de rama derecha asociados a bloqueos de la división anterosuperior izquierda en individuo con epidemiología y serología positiva.

Así, al evaluar una imagen por el ecocardiograma sin esas alteraciones incontestables inducida por la CCC y sin el recurso del realce tardío, difícilmente podría ser demostrado que la disfunción ventricular estaría en realidad siendo inducida por la no compactación en paciente con forma indeterminada de la infección por el tripanosoma cruzi. Llamó la atención hacia la exuberancia de las trabeculaciones documentadas en la imagen por la resonancia. Durante la adquisición de la imagen 8 a 12 cortes pueden ser adquiridos en eje corto permitiendo posterior análisis de la región conteniendo mayor franja muscular; permitiendo inclusive caracterizar la distribución de la fibrosis típica de la CCC en realce tardío. Esta, produce adelgazamiento del espesor del miocardio no trabecular lo que puede contribuir al aumento de la relación encontrada.

## Referencias

1. Boyd MT, Seward JB, Tajik AJ, Edwards WD: Frequency and location of prominent left ventricular trabeculations at autopsy in 474 normal human hearts: Implications for evaluation of mural thrombi by two-dimensional echocardiography. *JAm Coll Cardiol*. 1987;9(2):323-6.
2. Chin TK, Perloff JK, Williams RC, Jue K, Mohrmann R. Isolated noncompaction of left ventricular myocardium: a study of eight cases. *Circulation*. 1990;82(2):507-13.
3. Pereira R. Recursos diagnósticos na cardiopatia chagásica. In: Malta J. *Doença de Chagas*. São Paulo: Sarvier; 1996.p.110-2.