

Em Referência à Miocárdio Não Compactado, Doença de Chagas e Disfunção

Referring to Noncompaction of the Myocardium, Chagas Disease and Dysfunction

Roberto Pereira

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

Muito interessante e adequada a publicação em páginas eletrônicas de “Miocárdio não Compactado, Doença de Chagas e Disfunção - Relato de Caso”, de Ronaldo Peixoto de Mello e cols.¹.

Gostaríamos apenas de fazer um comentário acerca da afirmação dos autores de que “Este relato de caso representa a primeira descrição da associação de miocárdio não compactado do ventrículo esquerdo (MNCVE) e a cardiopatia induzida pela Doença de Chagas (DC)”.

Na realidade, temos apresentado vários exames ecocardiográficos em congressos diversos, onde mostramos as

imagens de trabeculações no ventrículo esquerdo de pacientes com a forma dilatada da Cardiopatia Chagásica Crônica. Destacamos que publicamos tal aspecto no livro “Doença de Chagas”, de Jarbas Malta, editado em São Paulo, pela Sarvier, em 1996. Na página 111, escrevemos: “...temos observado, em pacientes chagásicos com a forma dilatada, a prevalência de imagens ecocardiográficas sugestivas de “trabeculações” ou “enrugamento” do endocárdio, dificilmente vistas em não chagásicos (Fig. 43).”, Anexo 01.

Interessante notar a referência, no caso publicado, de relação 6:1 entre as trabeculações e a espessura do miocárdio normal, achado também visto por nós em ecocardiografia, bem mais acentuada que o descrito como característico do MNCVE.

Finalmente, concordamos com os autores que o ecocardiograma é o método de escolha para o diagnóstico dessas anormalidades anatômicas, embora outras técnicas de imagem possam ser úteis.

Palavras-chave

Cardiomiopatia chagásica, doença de Chagas, disfunção do ventrículo esquerdo.

Correspondência: Roberto Pereira •

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

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

Artigo recebido em 01/10/10; revisado recebido em 01/10/10; aceito em 30/11/10.

Referência

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-resposta

A Cardiopatia Chagásica Crônica (CCC) sempre foi palco de preocupação no nosso meio. Uma rápida pesquisa em sites de uso regular com os termos Doença de Chagas e Miocárdio não compactado localizam 6.320 resultados. É redundante explicar a inutilidade de conferir cada uma das páginas encontradas. Se buscarmos no pubmed usando o termo Doença de Chagas encontramos 12.480 artigos publicados. Por outro lado, o termo não compactação nos separa 631 artigos. Se utilizarmos esses termos conjuntamente, encontramos apenas o presente relato de caso. Pesquisando o LILACS encontramos resultado semelhante.

Algumas considerações são particularmente importantes. Primeiro, a superfície endocárdica do ventrículo esquerdo é

habitualmente revestida por projeções musculares formando pontes por curso variável denominada trabéculas cárneas. Bandas musculares e proeminentes trabeculações com mais de 2 mm de diâmetro são comumente encontrados em 68% dos corações normais sem caracterizar a doença associada à não compactação¹. Estas se projetam da superfície ventricular interna, partindo especialmente da parede septal para a parede lateral, exceto no cone arterial o que torna fundamental critérios ecocardiográficos definidores. Segundo, o que caracteriza a presença de miocárdio não compactado é a numerosa e exuberante presença de trabeculação; relação entre o músculo não compactado e o miocárdio normal > 2; a presença de recessos intratrabeculares profundos². Parabenizamos o Dr Peireira e colaboradores pelo trabalho

pioneiro discutindo o assunto, entretanto, diferenciar a presença de disfunção ventricular induzida pela não compactação daquela da CCC pode ser ecocardiograficamente difícil com na imagem referida³. Algumas características são importantes para diferenciar a etiologia do comprometimento miocárdicos entre elas a presença de aneurisma em ápice comum na CCC (improvável na não compactação); presença de fibrose transmural ou epicárdica, mais comum na primeira, enquanto que na segunda a fibrose tende a ser subendocárdica adjacente às trabaculações. Dados adicionais podem ser uteis: associação de disfunção acentuada na parede inferiobasal comum na CCC; presença de bloqueios de ramo direito associado a bloqueio da divisão anterosuperior esquerda em indivíduo com epidemiologia e sorologia positiva. Assim,

ao avaliar uma imagem pelo ecocardiograma sem essas alterações incontestes induzida pela CCC e sem o recurso do realce tardio, dificilmente poderia ser demonstrada que a disfunção ventricular estaria na realidade sendo induzida pela não compactação em paciente com forma indeterminada da infecção pelo *trypanosoma cruzi*. Chamou à atenção a exuberância das trabaculações documentadas pela imagem pela ressonância. Durante a aquisição da imagem 8 a 12 cortes podem ser adquiridos em eixo curto permitindo posterior análise da região contendo maior faixa muscular; permitindo inclusive caracterizar a distribuição da fibrose típica da CCC em realce tardio. Esta, produz adelgaçamento da espessura do miocárdica não trabecular o que pode contribuir para o aumento da relação encontrada.

Referências

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.