

CRITERIOS DE CLASIFICACION DE LA CARDIOPATIA CHAGASICA

Dr. E. Kuschmir

Prof. Asociado en Radioisótopos

Facultad de Medicina Universidad Nacional de Córdoba Arg.

La necesidad de una clasificación clínica de la cardiopatía chagásica crónica surge de la particularmente prolongada evolución de esta enfermedad desde la infección inicial hasta la muerte, ya que no se puede hablar de curación en estos pacientes. Así en la cardiopatía chagásica se hace necesario estratificar los pacientes en ese “largo camino entre la normalidad y la enfermedad clínicamente manifiesta” y más tarde aún en sus formas o manifestaciones terminales.

En el universo chagásico podemos distinguir infectados sin ninguna evidencia de enfermedad excepto la impronta serológica, comprendiendo a la enorme mayoría de los afectados y de los cuales solo algunos serán portadores de enfermedad subclínica evolutiva; otro grupo también numeroso lo constituyen pacientes con estigmas de alteración cardiovascular, principalmente electrocardiográficos, de los cuales muchos no mostrarán cambios a lo largo de una vida normal y algunos progresarán en la afección y por último un grupo de pacientes con compromiso cardíaco manifiesto, de relativamente rápida evolución y con frecuentes interurrencias arrítmicas o embólicas que precipitan su óbito.

Desde 1964 nuestro grupo de trabajo estratificó a los chagásicos según sus manifestaciones clínicas, radiológicas y electrocardiográficas en clases clínicas fácilmente diferenciables y que presentaban una situación hemodinámica señaladamente diferente.

El advenimiento de modernas técnicas de exploración permitió definir más ajustadamente estos grupos y circunscribir las áreas de los intervalos clínicos, ya que es sabido que cuanto más sensible la metodología de estudio empleada, más nítida será la separación entre grupos.

Sin embargo, los métodos clínicos y paraclínicos más sencillos y difundidos conservan su valor para la estratificación de estos pacientes.

Con la aplicación del examen clínico, el electrocardiograma convencional y la telerradiografía de tórax, podemos estratificar a los chagásicos desde el punto de vista cardiológico en cuatro clases clínicas o grupos, que en líneas generales

coinciden con los criterios fundamentales de otras clasificaciones propuestas, pero que a los fines de su descripción, análisis y caracterización, conservaremos con la denominación original. Así con estos elementos de uso rutinario podemos diferenciar: a) aquellos chagásicos identificados por la serología positiva pero con electrocardiograma y Rx tórax normales y sin signos o síntomas de insuficiencia cardíaca, grupo "0" de cardiopatía; b) pacientes con serología positiva y con alteraciones atribuibles a la enfermedad de Chagas en su electrocardiograma, con Rx normal (relación cardiorádica menor a 0,50) y sin clínica de disfunción ventricular, grupo "I"; c) pacientes que además de las alteraciones electrocardiográficas exhiben cardiomegalia radiológica (RCT mayor a 0,50) pero sin insuficiencia cardíaca clínica, grupo "II" y d) los pacientes con electrocardiograma alterado, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca clínica, grupo "III".

Estas diferentes clases clínicas presenten diferencias en la capacidad funcional, en la conducta terapéutica, en la capacidad laboral, en la necesidad de controles periódicos y en definitiva en su evolución y pronóstico.

Cardiopatía Chagásica "grupo 0": caracteriza a los pacientes serológicos positivos, con ECG y Rx. normal.

Si estos pacientes son explorados con Holter o ciclo ergometría menos del 10% pasarán a la clase siguiente por presentar arritmias significativamente anormales (formas repetitivas de complejos ectópicos ventriculares). Estos pacientes grupo "0" demuestran una capacidad funcional normal frente al esfuerzo ergométrico. Su hemodinamia en reposo es normal, así como su adaptación al esfuerzo (solo un pequeño porcentaje muestran un menor incremento de la fracción de eyección ventricular)

Los defectos de motilidad parietal que en algunos pacientes de esta clase se evidencian en el ecocardiograma, en la angiografía de contraste o radioisotópica con cámara gamma, no comprometen la función ventricular y no necesariamente expresan una cardiopatía evolutiva sino que pueden representar procesos cicatrizales secuela de una inflamación aguda inicial.

Convalida esta hipótesis el hecho de la infrecuente evolutividad clínica de estos pacientes, con permanencia de casi todos ellos en esta clase y su mortalidad semejante a la de los individuos normales. Por estas características, su control debería ser anual o bianual y consistiría en ECG de reposo y prueba ergométrica para detectar arritmias ectópicas.

No encontramos ninguna justificación para excluir, a estos individuos de la actividad laboral.

La ubicación laboral cobra particular interés si se toma en consideración el hecho que el grupo "0" así definido, comprende al 70 ó 75% de la población chagásica, en especial en los grupos etarios menores de 50 años.

Cardiopatía Chagásica “grupo I”: Estos pacientes presentan, además de la serología positiva, alteraciones electrocardiográficas que se pueden considerar características de la enfermedad, como los bloqueos intraventriculares monofasiculares (BRD o HBAI) o bifasiculares, bloqueo AV completo o avanzado, complejos ectópicos ventriculares repetitivos (duplas o salvas cortas de taquicardia ventricular), enfermedad del nódulo sinusal, imágenes de necrosis por inactividad eléctrica entre otras características.

Su capacidad funcional es normal frente al esfuerzo ergométrico y su gasto cardíaco es normal en reposo, la elevación de la fracción de eyección ventricular en esfuerzo es subnormal y se observa una tendencia a incrementar el volumen ventricular fin sistólico o residual. Los defectos en la motilidad parietal son evidentes en la mitad de los casos, más frecuentes en el ventrículo derecho que en el izquierdo aunque se han encontrado aneurismas apicales en estos pacientes. La prevalencia de arritmias ventriculares es elevada en nuestra casuística y se describen muertes súbitas ocasionales.

Es probable que en este grupo se entremezclen pacientes con cardiopatía evolutiva y pacientes con lesiones cicatrizales más ostensibles pero no evolutivas.

Así, el seguimiento deberá ser más individualizado: anual para los que solo presenten bloqueos mono o bifasiculares, semestral para los portadores de marcapasos cardíacos y más frecuentes aún en los que reciben tratamiento por arritmia ventricular severa o que sin tratamiento, exhiben C.E.V. polimorfos, o enfermedad sinusal asintomática. El seguimiento racional consiste en ECG de reposo, prueba ergométrica y Rx de tórax, a demanda.

Dado que su capacidad de adaptación al esfuerzo está parcialmente conservada no deben ser exceptuados del trabajo convencional, aunque valorando los sobreesfuerzos y los que presentan arritmias complejas refractarias o no tratadas, se excluirán de las actividades profesionales con riesgo para terceros, como la conducción de vehículos de transporte, operación de maquinaria pesada, etc.

Constituyen un subgrupo especial de riesgo los que presentan CEV repetitivos o Taquicardia Ventricular y/o defectos avanzados de excitación no corregidos por el tratamiento.

En el “I” se encuentra un 20 a 25% de la población chagásica.

Cardiopatía Chagásica “grupo II”: comprende pacientes con alteraciones de la excitación en el ECG y cardiomegalia moderada aunque sin insuficiencia cardíaca manifiesta.

En estos pacientes encontramos una reserva funcional cardíaca reducida, no alcanzan a la máxima frecuencia cardíaca en ergometría, aunque son capaces de desarrollar esfuerzos físicos, en razón del entrenamiento laboral empleando una notable adaptación periférica de redistribución de flujo, mayor extracción de oxígeno, etc.

El gasto cardíaco es subnormal en reposo y su incremento con el esfuerzo está muy reducido.

Sus volúmenes ventriculares fin sistólico y fin diastólico están aumentados y su fracción de eyección ventricular es baja y no incrementa con el ejercicio. Prácticamente todos los ventriculogramas son anormales en uno o ambos ventrículos y las hipocinesias difusas son más frecuentes que las segmentarias que caracterizan al grupo "I".

La mayoría de estos pacientes presentan actividad ectópica ventricular repetitiva.

La evolutividad hacia la insuficiencia cardíaca, trombo embolismo y muerte súbita es frecuente por lo que constituyen un grupo de alto riesgo, que debe ser vigilado estrechamente y siempre estarán bajo tratamiento por las diversas manifestaciones de una cardiopatía que, en este grupo, es inequívocamente evolutiva.

Estas características los excluyen del trabajo físicamente activo aunque puedan desempeñar actividades sedentarias, encontrándose en este grupo menos del 5% de los chagásicos.

Cardiopatía Chagásica "grupo III": comprende a los pacientes en insuficiencia cardíaca, todos ellos con severas alteraciones en electrocardiograma de reposo y gran cardiomegalia.

Como en otras cardiomiopatías dilatadas en fase descompensada, todos los parámetros hemodinámicos están alterados, así como exhiben la más amplia variedad de alteraciones de la excitación y conducción, siendo también frecuente la fibrilación auricular.

Estos pacientes están incapacitados para toda actividad laboral siendo su pronóstico muy pobre a 2 ó 3 años de la aparición de la insuficiencia cardíaca, a pesar del tratamiento. Es frecuente la presentación de tromboembolismo pulmonar o sistémico recurrente y arritmias ventriculares repetitivas, refractarias al tratamiento.

En este grupo se encuentra 2 a 5% del universo chagásico y habitualmente se trata de pacientes mayores de 50 años.

Como hemos sucintamente destacado, los métodos clínico y paraclínicos simples como el ECG, la telerradiografía de tórax y mejor aún la cicloergometría permiten categorizar a los pacientes chagásicos en cuatro clases clínicas bien diferenciadas con un perfil que facilita establecer criterios laborales, evolutivos y pronósticos,

pautar el seguimiento y racionalizar los estudios complementarios, así como especular con el fenómeno fisiopatológico subyacente.

Estos criterios permiten cumplir con los requisitos de una clasificación clínica, que debe ser simple, sin métodos sofisticados, que permita agrupar a los pacientes previamente a la profundización del estudio o del seguimiento y que puede ser difundida ampliamente para que las referencias médicas de diferentes lugares geográficos y niveles de complejidad sean equiparables, tal como la clasificación de insuficiencia cardíaca de la N.Y.H.A.

Estos criterios se pueden aplicar a chagásicos “puros” ya que las diferentes asociaciones de patologías en particular las que comprometen el miocardio, tales como alcoholismo, hipertiroidismo, diabetes, etc., modifican la forma de presentación clínica así como su evolución y pronóstico.

Resaltamos la importancia de evaluar ajustadamente estas situaciones clínicas de asociación de patologías.