

Miocardopatía y artritis reumatoide. Una paciente en lista de trasplante cardíaco

Noelia Vázquez Fuentes^a, José Javier Querol Gutiérrez^b, José María Miralles Ibarra^b, Rafael Merino de Torres^c, Juan Carlos Querol Gutiérrez^d y Enrique Manuel Laza y Laza^e

^aUnidad de Reumatología. Hospital Ingresa. Ceuta. España.

^bUnidad de Cardiología. Hospital Ingresa. Ceuta. España.

^cUnidad de Neurología. Hospital Ingresa. Ceuta. España.

^dUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital Ingresa. Ceuta. España.

^eServicio de Urgencias. Hospital Ingresa. Ceuta. España.

La enfermedad cardiovascular es común en la artritis reumatoide. No obstante, la afección miocárdica es inusual y suele cursar de forma asintomática. Presentamos un caso de miocardopatía dilatada en una paciente con artritis reumatoide e insuficiencia cardíaca progresiva que requirió su inclusión en lista de trasplante cardíaco.

Palabras clave: Artritis reumatoide. Miocardopatía. Trasplante cardíaco.

Rheumatoid Arthritis and Myocardopathy. A Patient Awaiting a Heart Transplant

Cardiovascular pathology is common in rheumatoid arthritis. However, myocardial affection is unusual and clinical disease is rare. We report a case of dilated cardiomyopathy in a patient with rheumatoid arthritis and progressive heart failure that required inclusion into a heart transplantation list.

Key words: Rheumatoid Arthritis. Cardiomyopathy. Heart transplantation.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica con manifestaciones extraarticulares. La enfermedad cardiovascular es común en la AR y es la causa más frecuente de muerte de estos pacientes, pero su incidencia no es muy superior a la de la población general. La afección miocárdica es rara y suele ser un hallazgo de necropsia al cursar en la mayoría de los casos de forma asintomática. Los granulomas en tejido cardíaco de

estructura similar a los nódulos reumatoides permite hablar de una afección miocárdica específica¹. Presentamos un caso de miocardopatía dilatada en una paciente diagnosticada de AR con clínica progresiva de insuficiencia cardíaca que requirió su inclusión en lista de trasplante cardíaco.

Caso clínico

Mujer de 46 años diagnosticada de AR por cuadro de poliartritis simétrica de predominio en las manos con factor reumatoide positivo, tratada en su evolución con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y corticoides a dosis variables, con buena evolución de las articulaciones. Tras 25 años de evolución de la enfermedad, precisa ingreso hospitalario por cuadro de 6 semanas de evolución de disnea progresiva hasta hacerse de reposo asociada a ortopnea y edemas. A la exploración física destacaban un soplo sistólico en punta, crepitantes bilaterales y edemas con fovea pretibiales, y en la analítica, elevación de enzimas cardíacas, con un máximo de creatinina total de 1.184 y de la fracción MB de 53, y una VSG de 54 con virus cardiotropos negativos. En el ECG, ritmo sinusal a 65 lat/min y un bloqueo completo de la rama izquierda del haz de His (BCRIHH). La ecocardiografía puso de manifiesto una cavidad de ventrículo izquierdo dilatada con regular-mala función sistólica (FEVI, 45%). Con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva, miocarditis aguda y miocardopatía dilatada con disfunción sistólica moderada, es dada de alta y a su tratamiento previo con enalapril se añade diuréticos de asa y amiodarona. Tras 5 meses precisa de nuevo ingreso por miocarditis con elevación de enzimas cardíacas y en ECG una fibrilación auricular con extrasístoles ventriculares, sin cambios ecocardiográficos, por lo que se asocia al tratamiento previo digoxina y acenocumarol. Se realiza una gammagrafía miocárdica (fig. 1) en la que se observa hipoperfusión inferobasal compatible con miocarditis. Tras permanecer 4 años estable clínicamente, presenta empeoramiento de su disnea basal con repercusión he-

Correspondencia: N. Vázquez Fuentes.
Unidad de Reumatología. Hospital Ingresa de Ceuta.
P.º Marina Española, s/n. Ceuta. España.

Correo electrónico: nvazquezfuentes@yahoo.es

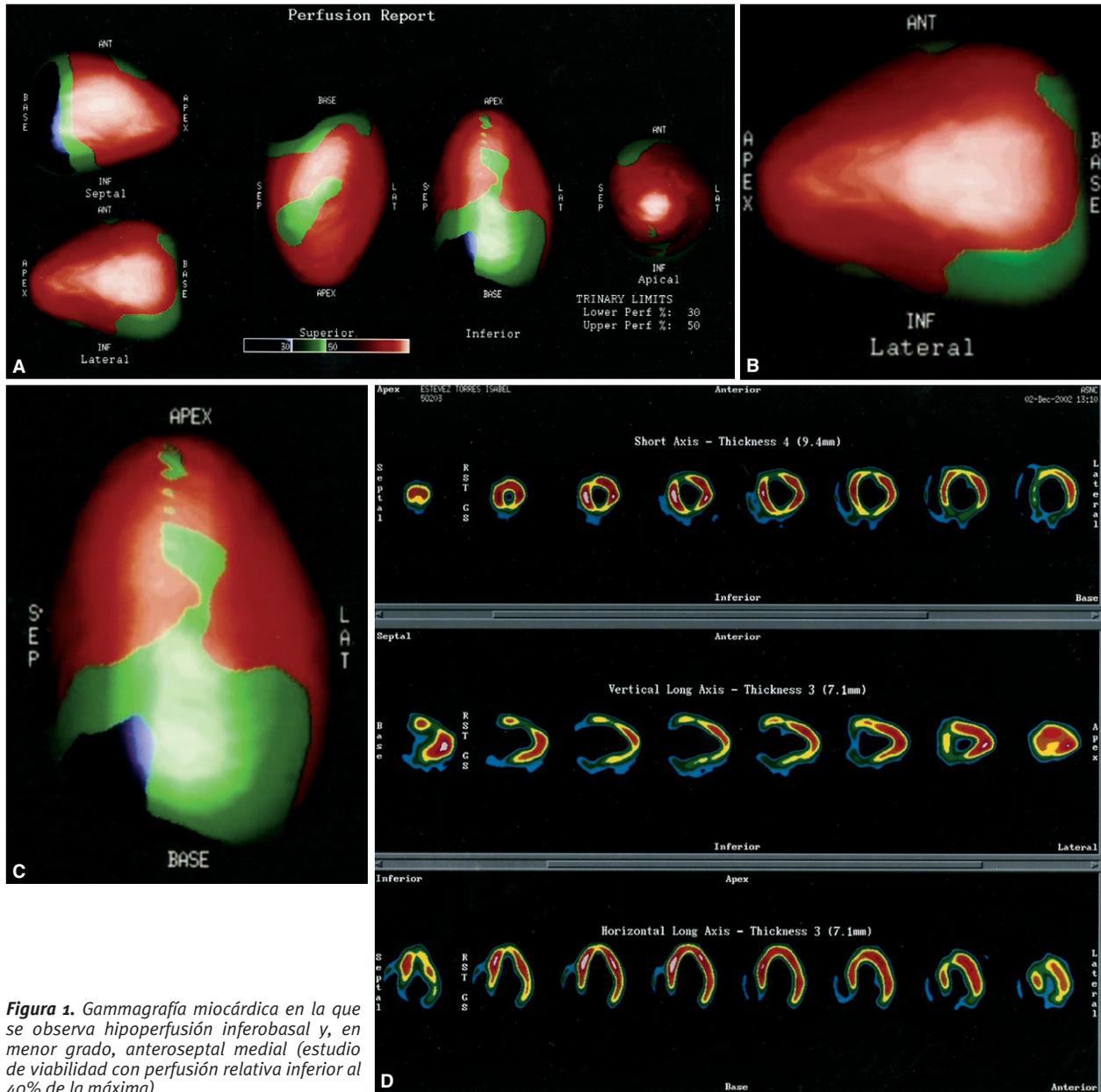


Figura 1. Gammagrafía miocárdica en la que se observa hipoperfusión inferobasal y, en menor grado, anteroseptal medial (estudio de viabilidad con perfusión relativa inferior al 40% de la máxima).

modinámica (presión arterial, 90/40 mmHg), taquipnea, crepitantes, edemas y hepatomegalia, y en ecocardiografía (figs. 2-4) se objetiva una cavidad de ventrículo izquierdo dilatada con mala función sistólica (FEVI, 12%). Se realiza cateterismo cardíaco y coronariografía con resultado de coronarias normales: IC, 1,7 l/min/m²; RVP, 2,5 U Wood/m² y PAP, 27 mmHg. Diagnosticada de insuficiencia cardíaca congestiva de clase funcional III-IV de la NYHA secundaria a miocardiopatía dilatada, se la incluye en lista de trasplante cardíaco. La pieza anatómica extraída no presentaba ateromatosis coronaria ni había datos de infarto de miocardio

recientes ni antiguos. Las válvulas auriculoventriculares, aórtica y pulmonar no presentaban alteraciones estructurales. El ventrículo izquierdo estaba muy dilatado y se apreciaban parches blanquecinos en el endocardio de ambos ventrículos, más llamativos a nivel del tracto de entrada y salida del ventrículo izquierdo, que se corresponden con zonas de fibrosis subendocárdica y geográficamente con las de acinesia posterobasal en el ecocardiograma y de hipoperfusión inferobasal en la gammagrafía miocárdica (estudio de viabilidad con perfusión relativa inferior al 40% de la máxima) y en menor grado a nivel anteroseptal medial.

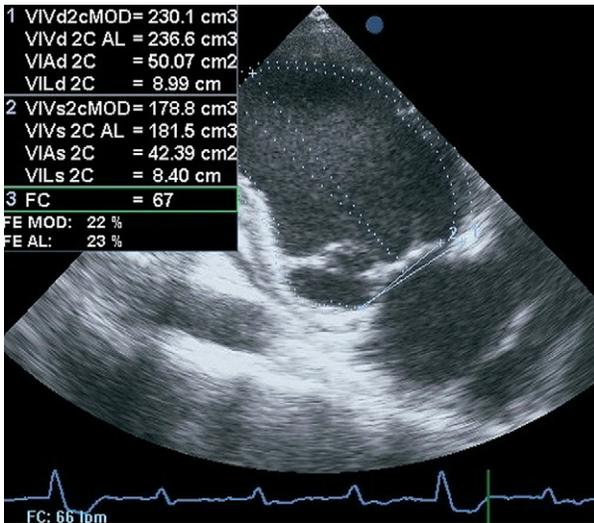


Figura 2. Imagen bidimensional que permite ver una cavidad ventricular izquierda muy aumentada de tamaño, con mala contractilidad general (disfunción sistólica) y una acinesia más marcada en la pared posterior del ventrículo.

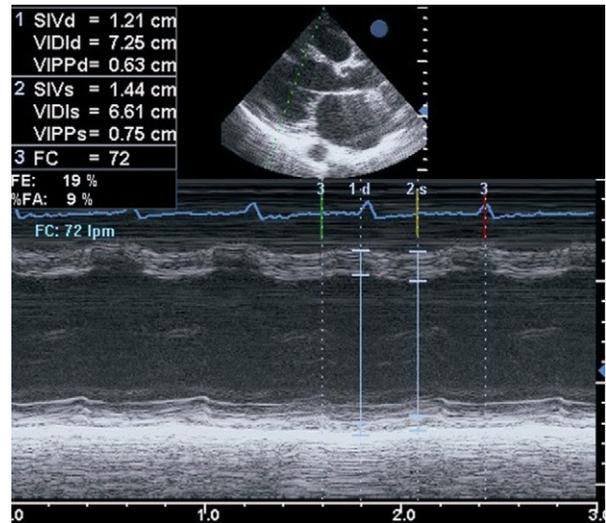


Figura 4. Imagen en modo M (espacio y tiempo) en la que se aprecia una cavidad ventricular izquierda dilatada con hipocinesia marcada generalizada.

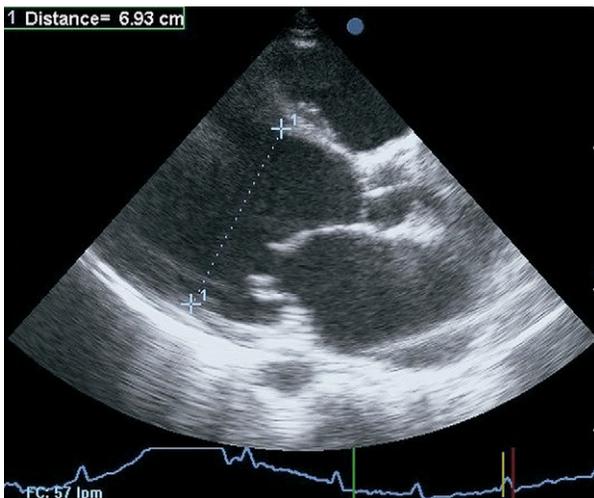


Figura 3. Diámetro telediastólico ventricular izquierdo muy aumentado (69,3 mm; normal hasta 58 mm).

Discusión

Las manifestaciones cardiovasculares en la AR se encuentran en relación con la proliferación de granulomas en el tejido cardíaco o con el desarrollo de vasculitis². Las formas de presentación son pericarditis, miocarditis, endocarditis, afección valvular, defectos de conducción o lesiones coronarias³. En las necropsias las lesiones cardíacas son frecuentes, pero sólo una pequeña proporción de pacientes presenta clínica⁴. La causa más frecuente de muerte en la AR es la cardiovascular. La actividad inflamatoria de la AR podría

favorecer la progresión de la enfermedad cardiovascular y acelerando la aterosclerosis por vasculitis, aumentando la concentración sérica de lipoproteínas y causando hipofibrinólisis.

En general, las miocardiopatías se dividen según su causa en formas primarias, de causa desconocida y secundarias o asociadas a enfermedades de otros órganos y sistemas (infecciosas, metabólicas, por depósito, por deficiencias, enfermedades del tejido conectivo, tóxicas, del parto). Como a menudo es difícil establecer una relación causal, recurrimos más frecuentemente a su clasificación fisiopatológica en dilatadas, restrictivas e hipertróficas. Encontramos diferencias ecocardiográficas, gammagráficas y en coronariografía entre estos tres tipos de miocardiopatía (tabla 1).

La miocardiopatía en la AR es rara. En su patogenia se han implicado agentes virales, factores genéticos y autoinmunitarios⁵. Modelos animales han puesto de manifiesto la presencia de determinadas citocinas inflamatorias, encontradas también en exceso en líquido sinovial de pacientes con AR, en miocardio causando la insuficiencia cardíaca congestiva⁶.

Hay descritas dos formas de miocarditis en AR. Una inespecífica, más frecuente, con infiltrado inflamatorio, y otra específica, granulomatosa, con nódulos reumatoideos. Clínicamente puede llevar al desarrollo de disnea, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias y alteraciones de la conducción como en el caso de nuestra paciente¹. Si bien el estudio ecocardiográfico⁷⁻⁹ permite realizar el diagnóstico de la miocardiopatía, para un diagnóstico definitivo se precisa realizar biopsia endomiocárdica. El tratamiento debe ser precoz con corticoides e inmunosupresores (ciclofosfamida). En caso de disfunción se-

TABLA 1. Diferencias ecocardiográficas, gammagráficas y en coronariografía entre los diferentes tipos de miocardiopatía

| | Dilatada | Restrictiva | Hipertrófica |
|----------------|---|--|--|
| Ecocardiograma | Dilatación y disfunción del ventrículo izquierdo | Aumento de grosor de la pared del ventrículo izquierdo | Hipertrofia asimétrica del tabique |
| Gammagrafía | Dilatación y disfunción del ventrículo izquierdo | Función sistólica normal o ligeramente disminuida | Función sistólica enérgica; defectos de perfusión |
| Cateterismo | Dilatación y disfunción del ventrículo izquierdo; aumento de presiones de llenado izquierdo; disminución del gasto cardíaco | Función sistólica normal o ligeramente disminuida; aumento de presiones de llenado izquierdo y derecho | Función sistólica enérgica; obstrucción dinámica del flujo del ventrículo izquierdo; aumento de presiones de llenado izquierdo y derecho |

vera de la función ventricular, es necesario llegar incluso al trasplante cardíaco¹⁰.

Bibliografía

- Laffon A, Gómez JJ. Artritis Reumatoide Artritis Reumatoide. 2003;169-171,460
- Ruddy Sh, Harris ED, Sledge CB, Budd RC, Sergent JS. Reumatología. Vol. 2. 2003; 65:991-992
- Kitas G, Banks MJ, Bacon PA. Cardiac involvement in rheumatoid arthritis. Clin Med. 2001;1:21-4.
- Bely M, Apathy A, Beke-Martos E. Cardiac changes in rheumatoid arthritis. Acta Morphol Hung. 1992;40:149-86.
- Maisch B, Richter A, Sandmüller A, Portig I, Pankuweit S. Inflammatory Dilated Cardiomyopathy. Herz. 2005;6:535-44.
- Giles JT, Fernandes V, Lima JAC, Bathon JM. Myocardial dysfunction in rheumatoid arthritis: epidemiology and pathogenesis. Arthritis Res Ther. 2005;7:195-207.
- Turiel M, Peretti R, Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Doria A. Cardiac imaging techniques in systemic autoimmune diseases. Lupus. 2005;14:727-31.
- Mody GM, Stevens JE, Meyers OL. The heart in rheumatoid arthritis: a clinical and echocardiographic study. QJ Med. 1987;65:921-8.
- Guedes C, Bianchi-Fior P, Cormier B, Barthelemy B, Rat AC, Boissier MC. Cardiac manifestations of rheumatoid arthritis: a case-control transesophageal echocardiography study in 30 patients. Arthritis Rheum. 2000;45:129-35.
- Camacho C, Pulpón LA, Maicas C, Carvajal I, García-Vicuña R, Holtaic H, et al. Trasplante cardíaco en un paciente con artritis reumatoide. Rev Esp Cardiol. 1997;50:357-9.