

Número: 019
GT: Otro
Tipo: Caso Clínico
País: Uruguay
Idioma: es

SARCOIDOSIS CARDÍACA

Victoria Briano ¹; Gimena Loza ¹; Marcelo Bermudez ²; Alejandro Cuesta ¹

1 - Hospital de Clínicas - Centro Cardiovascular Universitario. 2 - Círculo Católico.

Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica autoinmunitaria, que afecta adultos más frecuentemente entre los 20 y 40 años. Las manifestaciones clínicas son variables dependiendo del órgano afectado, y el compromiso cardíaco se observa en 5-10% de los casos. Presentamos un caso poco frecuente de sarcoidosis con afectación pulmonar y cardíaca, manifestado por trastornos de la conducción y compromiso de la función sistólica.

Caso Clínico

Sexo masculino, 49 años. Tabaquista. Presenta disnea de esfuerzo clase funcional (CF) II, de seis meses de evolución, progresiva hasta CF IV, acompañado de tos seca. Al examen físico cardiovascular se destaca ritmo regular de 40lpm, sin otros hallazgos patológicos. Se realiza ECG [Figura 1] que evidencia bloqueo auriculoventricular completo (BAVC), por lo que se implanta marcapaso (MP) bicameral (DDDR – Biotronik). Se realiza ecocardiograma transtorácico (ETT) que evidencia FEVI 53%, hipertrofia ventricular izquierda (HVI) concéntrica severa y aurículomegalia izquierda. La radiografía de tórax [Figura 2A] muestra afectación de ambos campos pulmonares de forma difusa, por lo que se realiza tomografía computada (TC) de tórax que evidencia engrosamiento del intersticio interlobulillar y axial bilateral, asociado a áreas en vidrio deslustrado, con múltiples adenomegalias mediastinales. Dado el compromiso cardíaco y pulmonar se realiza tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (PET-FDG) [Figura 3] que confirma el diagnóstico de sarcoidosis. Se inicia tratamiento con corticoides sistémicos, ramipril y bisoprolol, con mejoría de la sintomatología pulmonar y reversión del BAVC manteniéndose con ritmo propio en los controles posteriores. Al año del diagnóstico y habiendo abandonado el tratamiento, se presenta con insuficiencia cardíaca (IC) descompensada [figura 2B]. Se realiza ETT que evidencia HVI excéntrica, FEVI 25% con hipoquinesia difusa, dilatación y disfunción de VD. Se reinstala tratamiento fisiopatológico para IC y tratamiento con corticoides con mejoría posterior.

Pruebas complementarias

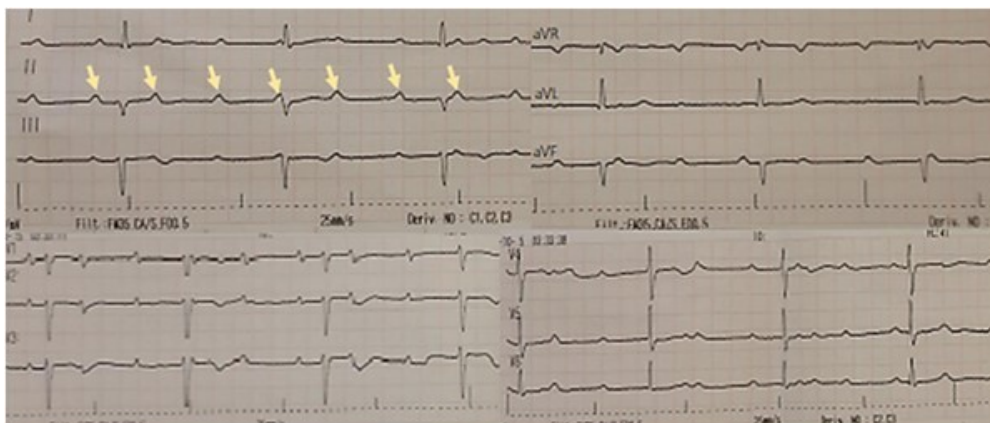


Figura 1. ECG evidencia bloqueo auriculoventricular completo con ritmo de escape a 40 lpm (flechas ritmo auricular)

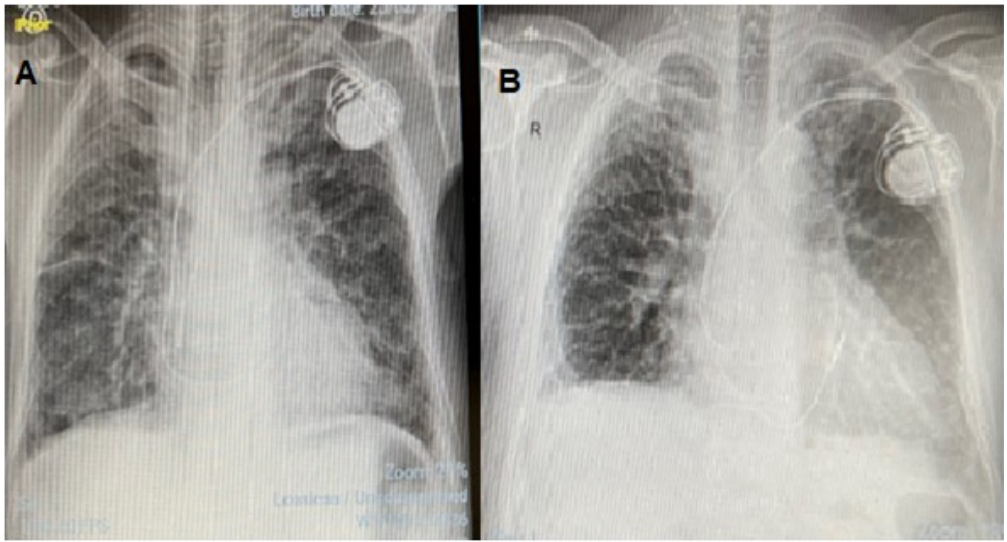


Figura 2: Radiografía de tórax. A. Infiltrado bilateral y difuso al momento del diagnóstico. B. Un año después, presenta aumento del índice cardio-torácico y elementos de falla cardíaca.

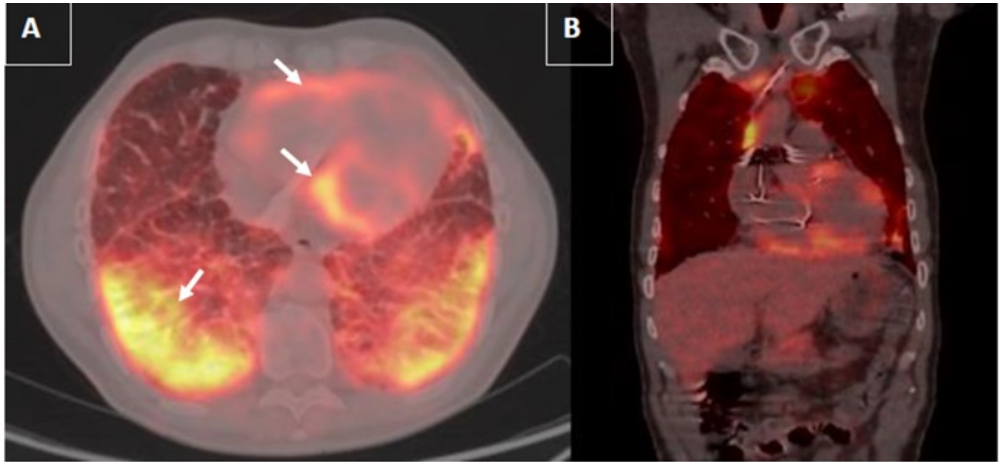


Figura 3: Imágenes en corte transversal (A) y corte frontal (B) de la tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (PET-FDG). Se observan lesiones pulmonares y adenopatías hipermetabólicas (captación intensa del radiotrazador) hilio-mediastinales y abdominopélvicas, y el miocardio con hipermetabolismo irregular y parcheado (flechas), hallazgos compatibles con sarcoidosis.

Diagnóstico

Sarcoidosis con afectación pulmonar y cardíaca

Discusión

Los granulomas inflamatorios característicos de la sarcoidosis lesionan y cicatrizan el miocardio y el tejido específico de conducción, por lo que el BAV y las arritmias ventriculares (AV) son manifestaciones frecuentes. El gold estándar para el diagnóstico sigue siendo la biopsia endomiocárdica con identificación de células inflamatorias, aunque dado su carácter invasivo ha sido sustituida por pruebas de imagen como el PET-FDG, cuando estas son suficientes para el diagnóstico. El implante de MP previo al inicio del tratamiento corticoideo, es controversial por la posibilidad de reversión. Muchos pacientes presentan un curso inestable con mejoría inicial y nuevamente retraso en la conducción más tarde, por lo que es razonable el implante de forma precoz. Las guías de práctica clínica de la ACC/AHA/HRS plantean considerar con un nivel de recomendación IIa el implante de MP y desfibrilador automático implantable (DAI) en pacientes con sarcoidosis y BAV de alto grado, sin esperar la reversibilidad. Además de los dispositivos, los otros pilares del tratamiento consisten en el manejo de la IC de acuerdo con las guías de práctica clínica y los corticoides e inmunomoduladores para mantener la remisión.