

Desafíos de la anticoagulación en miocardiopatía chagásica y fibrilación auricular

Challenges of Anticoagulation in Chagasic Cardiomyopathy and Atrial Fibrillation

FACUNDO I. ZUVIRÍA¹

La miocardiopatía chagásica (MC) es la forma evolutiva de la infección crónica por *T. cruzi* que afecta hasta un 30 a 40 % de los pacientes que cursan la fase crónica de la enfermedad.

Sus manifestaciones incluyen desarrollo de insuficiencia cardíaca, trastornos de conducción eléctrica del corazón y taquiarritmias. Estos fenómenos se observan particularmente con más frecuencia que en otras miocardiopatías dilatadas, lo cual le confiere mayor mortalidad.

Así mismo la MC conlleva una serie de alteraciones estructurales y funcionales específicas que se asociarían a un mayor potencial tromboembólico; como el flujo lento en contexto de insuficiencia cardíaca, aneurismas ventriculares, trombos intracavitarios, dilatación auricular grave y fibrilación auricular (FA). (1)

En el trabajo publicado por Echeverría y cols. se evalúa el riesgo de eventos embólicos en pacientes con MC y FA que están bajo tratamiento anticoagulante. (2)

Aunque los anticoagulantes son un tratamiento estándar para prevenir eventos isquémicos en pacientes con FA, este estudio plantea la cuestión de si la anticoagulación convencional, ya sea mediante anticoagulantes directos o inhibidores de la vitamina K, resulta suficiente para proteger a los pacientes con MC. Para ello se analizó la incidencia de embolias sistémicas en pacientes anticoagulados con diagnóstico de FA, comparando aquellos con MC frente a los que presentan otras formas de miocardiopatía.

Resultó llamativo que, a pesar de estar bajo tratamiento anticoagulante óptimo, los pacientes con MC presentaron una incidencia acumulada de eventos embólicos significativamente mayor en comparación con aquellos con otras miocardiopatías. Esto ocurrió a pesar de que el grupo con MC tenía una puntuación CHA₂DS₂-VAsC significativamente menor. (2)

Un aspecto interesante de este hallazgo es el hecho de que el riesgo embólico en la MC pareciera ser dis-

tintivo y no puede ser explicado completamente por los factores de riesgo tradicionales, ni por los *scores* clásicos sugeridos por las guías de práctica clínica.

Algunas publicaciones previas han intentado diseñar sistemas de puntuación de riesgo embólico específico en la enfermedad de Chagas a fin de guiar la decisión de anticoagulación en esta población, incluyendo variables como el grado de disfunción sistólica, presencia de aneurisma apical, repolarización ventricular anormal y edad. Lamentablemente, debido a la falta de validación externa, su aplicabilidad se ve restringida. (3)

Otro elemento importante que se destaca en el estudio es que el mayor riesgo de embolia en pacientes con MC persiste a pesar de la anticoagulación. Esto sugiere la posibilidad de que la anticoagulación estándar no sea suficiente para prevenir eventos embólicos en esta población particular y que se requiera un enfoque alternativo contemplando otros factores asociados.

Si bien el estudio tiene limitaciones como el tamaño relativamente pequeño de la muestra y la naturaleza retrospectiva del análisis los hallazgos proporcionan información valiosa que sugiere que los pacientes con MC deben ser evaluados de manera más compleja y pueden beneficiarse de enfoques de tratamiento anticoagulante personalizados incluso en ausencia de fibrilación auricular.

Esto subraya la necesidad de realizar más investigaciones para desarrollar pautas específicas de tratamiento en estos pacientes, optimizando así su manejo clínico.

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Ver formularios de conflicto de intereses de los autores en la web)

REV ARGENT CARDIOL 2024;92:405-407. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v92.i5.20829>

Dirección para correspondencia: Facundo I Zuviría. E-mail: facundozuviria477@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Jefe del Servicio de Ecocardiografía y miocardiopatías. Centro Integral de Arritmias Tucumán.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lage TAR, Tupinambás JT, Pádua LB, Ferreira MO, Ferreira AC, Teixeira AL, et al. Stroke in Chagas disease: from pathophysiology to clinical practice. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2022;55:e0575. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0575-2021>
2. Echeverría LE, Sánchez R, Mantilla AF, Pizarro MP, Jiménez O, Rojas LZ, et al. Riesgo de eventos embólicos en pacientes con miocardiopatía chagásica y fibrilación auricular a pesar de terapia antitrombótica: ¿es la anticoagulación suficiente? *Rev Argent Cardiol* 2024;92:278-85. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v92.i4.20795>.
3. Sousa AS, Xavier SS, Freitas GR, Hasslocher-Moreno A. Prevention strategies of cardioembolic ischemic stroke in Chagas' disease. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91:306-10. <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2008001700004>

RESPUESTA DE LOS AUTORES

Agradecemos al Dr. Zuviría por sus comentarios sobre nuestro artículo "Riesgo de eventos embólicos en pacientes con miocardiopatía chagásica y fibrilación auricular a pesar de terapia antitrombótica: ¿la anticoagulación es suficiente?". Su análisis refuerza la relevancia de estos hallazgos y subraya la necesidad de una mayor investigación en este campo crucial.

Coincidimos plenamente con el Dr. Zuviría en que la miocardiopatía chagásica (MC) presenta un desafío único en el manejo antitrombótico. Las alteraciones estructurales y funcionales características de la MC, incluyendo aneurismas ventriculares, trombos intracavitarios y dilatación auricular grave, contribuyen a un perfil de riesgo tromboembólico distintivo que trasciende los factores de riesgo convencionales evaluados por escalas como el CHA₂DS₂-VASc. (1) Adicionalmente, otros mecanismos fisiopatológicos como la disregulación autonómica y la presencia de trastornos intrínsecos de la coagulación juegan también un rol en el elevado riesgo de eventos embólicos en esta población. (2,3)

El Dr. Zuviría señala acertadamente las limitaciones de los sistemas de puntuación de riesgo embólico específicos para la enfermedad de Chagas, como el propuesto por Sousa et al. (1) Aunque estas iniciativas son valiosas, coincidimos en que su aplicabilidad clínica se ve obstaculizada por la falta de validación externa. Esto subraya la necesidad urgente de desarrollar y validar herramientas de estratificación de riesgo más robustas y específicas para esta población.

Un aspecto crítico que emerge de nuestro estudio es la persistencia del riesgo embólico elevado en pacientes con MC a pesar de la anticoagulación estándar. Este hallazgo plantea interrogantes fundamentales sobre la eficacia de los regímenes anticoagulantes convencionales en esta población y sugiere la necesidad de explorar estrategias de prevención alternativas o complementarias.

Agradecemos nuevamente los valiosos comentarios y esperamos que nuestro estudio sirva como base para futuras investigaciones en este campo.

Luis E. Echeverría¹, Sergio A. Gómez-Ochoa¹,
Angie Yarlady Serrano-García¹, Lyda Z. Rojas¹

BIBLIOGRAFÍA

1. Sousa AS de, Xavier SS, Freitas GR de, Hasslocher-Moreno A. Prevention strategies of cardioembolic ischemic stroke in Chagas' disease. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91:306-10. <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2008001700004>
2. Echeverría LE, Serrano-García AY, Rojas LZ, Berrios-Bárcenas EA, Gómez-Mesa JE, Gómez-Ochoa SA. Mechanisms behind the high mortality rate in chronic Chagas cardiomyopathy: Unmasking a three-headed monster. *Eur J Heart Fail.* 2024; <http://dx.doi.org/10.1002/ejhf.3460>
3. Echeverría LE, Rojas LZ, Gómez-Ochoa SA. Coagulation disorders in Chagas disease: A pathophysiological systematic review and meta-analysis. *Thromb Res.* 2021;201:73-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2021.02.025>

Durabilidad de las prótesis biológicas en posición aórtica

Durability of Biological Prostheses in Aortic Position

ANDRÉS IBARRA MONTANA¹

Hace unos años la elección entre utilizar una prótesis aórtica biológica o mecánica parecía un poco más fácil. En la actualidad, la menor necesidad de anticoagulación asociado a la aparición de nuevas válvulas con mejores perfiles hemodinámicos y materiales, han logrado que

la balanza se cargue hacia el uso de bioprótesis. El problema, es que aún existe la duda sobre la durabilidad en el tiempo de las prótesis valvulares aórticas biológicas.

Daniel Navia y colaboradores, con su artículo publicado en la Revista Argentina de Cardiología "Durabili-

dad de prótesis valvulares aórticas biológicas: deterioro estructural e incidencia de eventos en el seguimiento alejado” nos ayudan a comprender un poco más sobre el tema. Sin bien puede tener las limitaciones propias de un estudio observacional de 20 años de duración, permite sacar conclusiones importantes. Como se logra ver en el estudio, la sobrevida alejada en los pacientes portadores de válvulas biológicas protésicas es elevada con algunas diferencias según el grupo etario que se evalúe. Además, se evidencia que el deterioro valvular estructural en este tipo de válvulas es poco frecuente. (1)

Estos hallazgos coinciden con otras investigaciones realizadas.

Caus y colaboradores, analizaron la tendencia en el reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica, con válvulas biológicas versus mecánicas en pacientes de mediana edad, y observaron que existe una mayor preferencia por el uso de válvulas biológicas en lugar de válvulas mecánicas en estos pacientes. Además, no se encontraron diferencias significativas en la mortalidad temprana entre los dos tipos de válvulas. (2)

Si bien algunas de las guías clínicas sobre el manejo de valvulopatías consideran razonable la indicación de prótesis biológica en pacientes entre los 50 y 65 años, (3) es importante individualizar la indicación, conocer la historia clínica del paciente, sus comorbilidades, expectativa de vida y factores que puedan llevar al deterioro estructural valvular precoz, evitando así los riesgos y minimizando las reintervenciones.

En otro artículo, Daniel Pérez-Carmargo y colaboradores analizaron la supervivencia de pacientes de 50 a 69 años que recibieron una sustitución de válvula aórtica, utilizando prótesis biológicas o mecánicas. Los autores encontraron que no hay diferencias significativas en la supervivencia a largo plazo entre los dos tipos de prótesis. (4)

Es necesario continuar investigando para comprender mejor los factores que influyen en la durabilidad de estas prótesis, incluyendo el diseño de la prótesis, el tamaño y las técnicas de preservación tisular, con el objetivo de mejorar su rendimiento a largo plazo. Como especialistas es importante revisar continuamente los nuevos estudios y avances, que nos permitan tomar las mejores decisiones con y para nuestros pacientes.

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Ver formularios de conflicto de intereses de los autores en la web)

BIBLIOGRAFÍA

1. Navia D, Espinoza J, Piccinini F, Vrancic M, Castro F, Aranda A, et al. Durabilidad de prótesis valvulares aórticas biológicas: deterioro estructural e incidencia de eventos en el seguimiento alejado. *Rev Argent Cardiol* 2024;92:277-83. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v92.i4.20794>.
2. Caus T, Chabry Y, Nader J, Fusellier JF, De Brux JL; EpiCard investigators (2023) Trends in SAVR with biological vs. mechanical valves in middle-aged patients: results from a French large multi-centric survey. *Front. Cardiovasc. Med* 2023;10:1205770. <http://dx.doi.org/10.3389/fcvm.2023.1205770>.
3. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Gentile F, et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2021;143:e35-e71. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000932>.
4. Pérez-Camargo D, Ramchandani B, Torres-Maestro B, Alswies AM, Cobiella-Carnicer J, Carnero-Alcázar M, et al. ¿Prótesis aórticas biológicas o mecánicas? Un análisis de supervivencia a largo plazo en pacientes de 50 a 69 años. *Cir Cardiovasc* 2018;25:263-7. <https://doi.org/10.1016/j.circv.2018.07.007>