

El dilema del trasplante cardíaco en el paciente con Chagas

GUILLERMO BORTMAN¹

El trasplante cardíaco es un tratamiento eficaz de la insuficiencia cardíaca terminal. Sin embargo, se ha contraindicado en aquellos pacientes que por la naturaleza de la enfermedad que le dio origen puedan recaer. Tal es el caso de la amiloidosis y de otras entidades. Dentro de ellas se postuló a la enfermedad de Chagas, razón por la cual grupos importantes de trasplante excluyen a los pacientes chagásicos de la lista de espera, por considerarla una contraindicación para trasplante cardíaco.

Veinte millones de personas están infectadas por *Trypanosoma cruzi* en Latinoamérica y es la principal causa de muerte en adultos jóvenes en las zonas endémicas. (1)

El trabajo "Morbimortalidad de los pacientes con miocardiopatía chagásica y trasplante cardíaco. Experiencia inicial", de Urinovsky y colaboradores (2) aporta una experiencia de 4 pacientes portadores de cardiopatía dilatada chagásica en fase terminal que fueron trasplantados.

Este examen preliminar es interesante, ya que presenta una modalidad diferente en el trato del trasplante en el paciente chagásico al no indicar profilaxis antiparasitaria.

Publicaciones previas, así como mi experiencia personal en trasplante de pacientes chagásicos muestran una incidencia mucho menor de reactivación parasitaria. Probablemente debido a: 1) la modalidad de inmunosupresión, al utilizar dosis bajas de esteroides, 2) la implementación sistemática de profilaxis con antiparasitarios del tipo del beznidazol.

Existe una experiencia importante en trasplante renal en pacientes chagásicos con excelentes resultados y baja incidencia de reactivación de la enfermedad. (3, 6)

Un punto relevante de la presentación es la incidencia de infección por CMV. Se menciona una incidencia elevada, del 50%, de CMV *versus* el 4,3% del grupo control (23 pacientes). Sin embargo, esta diferencia pierde relevancia considerando que se trata de 2 de 4 pacientes y no se mencionan las serologías de los receptores y donante para evaluar el *match* de ellos. La incidencia comunicada en general es menor y en este punto es crucial el tipo de inmunosupresión, así como la profilaxis utilizada para el virus.

Queda absolutamente clarificado que la sobrevida es semejante a la de los pacientes de otras etiologías con una tasa mayor de incidencia de neoplasias que

las informadas por el registro internacional de la Internacional Heart Lung Transplantation. (7)

La utilidad de la PCR se ha demostrado previamente y es por ello que su utilización es primordial para adelantar el diagnóstico a la parasitemia y a los síntomas de reactivación chagásica. La utilización de la PCR ha mostrado que se adelanta en varias semanas a la presencia en sangre del parásito así como a los síntomas de enfermedad e incluso al seguimiento del microhematócrito seriado (Strout). (8)

En el registro Brasileño de Trasplantes, 117 de 792 pacientes chagásicos fueron trasplantados en 16 centros y la enfermedad de Chagas fue la tercera causa de indicación de trasplante (9). Estos pacientes paradójicamente tuvieron más sobrevida que los pacientes isquémicos y de etiología idiopática. (10, 11)

Existen controversias en las comunicaciones sobre la incidencia de rechazos, mientras que en otras se refleja un descenso, (12, 5) aunque todos son concluyentes en la incidencia mayor de neoplasias. (7)

De acuerdo con el registro de la Sociedad Argentina de Trasplante, todos los pacientes deben recibir profilaxis con antiparasitarios previo y *a posteriori* del trasplante, con monitoreo con microhematócrito seriado de la presencia de parásitos en sangre y con control de la PCR.

Una crítica al presente trabajo es que el 100% de los pacientes chagásicos y el 83% de los no chagásicos estaban en clase II-III en el momento del trasplante.

Dada la escasez de donantes, la indicación del trasplante debería ser exclusivamente para los pacientes en clase funcional más avanzada y con pronóstico más ominoso.

No quedan dudas de que con la información que se dispone es factible el trasplante en pacientes chagásicos, con resultados excelentes. Sin embargo, no se debe dejar de lado que las listas de receptores se incrementarán con este grupo y al no existir una oferta mayor de donantes aumentará el porcentaje de muertes en lista de espera. Pero ello no es motivo para dejar de lado a estos pacientes y deben incluirse en las listas de espera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zhang L, Tarleton RL. Parasite persistence correlates with disease severity and localization in chronic Chagas' disease. *J Infect Dis* 1999;180:480-6.

¹ Coordinador Trasplantes - Sanatorio Mitre. Sanatorio Denton Cooley, Buenos Aires, Argentina

2. Urinovsky FM, Salomone OA, Córdoba R, Zazu AJ, Martínez Colombres A, Zlocowsky JC y col. Morbimortalidad de los pacientes con miocardiopatía chagásica y trasplante cardíaco. Experiencia inicial. *Rev Argent Cardiol* 2003;71:XXX-XXX.
3. López Blanco OA, Cavalli NH, Jasovich A, Gotlieb D, González-Cappa S. Chagas' disease and kidney transplantation- follow-up of nine patients for 11 years. *Transplant Proc* 1992;24:3089-90.
4. Luders C, Caetano MA, Ianhez LE, Fonseca JA, Sabbaga E. Renal transplantation in patients with Chagas' disease: a long-term follow-up. *Transplant Proc* 1992;24:1878-9.
5. Mocelin AJ, Brandina L, Gordan PA, Baldy JL, Chieffi PP. Immunosuppression and circulating *Trypanosoma cruzi* in a kidney transplant recipient. *Transplantation* 1977;23:163.
6. Leiguarda R, Roncoroni A, Taratuto AL, Jost L, Berthier M, Noguez M, et al. Acute CNS infection by *Trypanosoma cruzi* (Chagas' disease) in immunosuppressed patients. *Neurology* 1990;40:850-1.
7. Bocchi EA, Higuchi ML, Vieira ML, Stolf N, Bellotti G, Fiorelli A, et al. Higher incidence of malignant neoplasms after heart transplantation for treatment of chronic Chagas' heart disease. *J Heart Lung Transplant* 1998;17:399-405.
8. Schijman AG, Vigliano C, Burgos J, Favalaro R, Perrone S, Laguens R, et al. Early diagnosis of recurrence of *Trypanosoma cruzi* infection by polymerase chain reaction after heart transplantation of a chronic Chagas' heart disease patient. *J Heart Lung Transplant* 2000;19:1114-7.
9. Bocchi EA, Fiorelli A. First Guideline Group for Heart Transplantation of the Brazilian Society of Cardiology. The Brazilian experience with heart transplantation: a multicenter report. *J Heart Lung Transplant* 2001;20:637-45.
10. Bocchi EA, Fiorelli A. The paradox of survival results after heart transplantation for cardiomyopathy caused by *Trypanosoma cruzi*. First Guidelines Group for Heart Transplantation of the Brazilian Society of Cardiology. *Ann Thorac Surg* 2001;71:1833-8.
11. Stolf NA, Moreira LF, Meier MA, Oliveira SA. Heart failure surgery in Brazil. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2002;14:334-9.
12. de Souza MM, Franco M, Almeida DR, Diniz RV, Mortara RA, da Silva S, et al. Comparative histopathology of endomyocardial biopsies in chagasic and non-chagasic heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant* 2001;20:534-43.

VINCENT VAN GOGH

El color del dolor

Vivió treinta y siete años, dedicó veinte a la pintura y jamás vendió ninguna de sus 500 obras. Su vida osciló entre la beatitud de predicadores evangelistas y una viciosa relación con prostitutas, que culminó con la entrega de su oreja a una de ellas. Fluctuó entre la idílica relación con su hermano Theo y los intentos de agresión a Gaughin y a sus médicos tratantes, se extendió desde la oscuridad de sus cuadros iniciales al brillo alucinante de su obra final.

En una época de reducida farmacopea, los profesionales tenían la costumbre de usar remedios en forma más extendida a la de su real utilidad. El Dr. Félix Rey, médico recién graduado, era el encargado del tratamiento durante su internación en Arlés. Muy probablemente lo haya medicado con digitalina. La digitalina usada en exceso conlleva un efecto colateral de la visión: la exaltación del color amarillo (técnicamente llamada xantopsia). Otro colega, el Dr. Gachet fue el que lo trató durante sus últimos meses de vida. Era un entusiasta en el uso de esta droga. Curiosamente, el último trabajo de Van Gogh, muestra al Dr. Gachet con una flor en la mano, justamente una campanilla o *digitalis purpúrea* (hoy en día, el cuadro más caro en la historia del arte).

Sea por un problema visual, sea por una proclividad ligada a su psicopatología o por una inclinación artística propia de su búsqueda estética, Vincent Van Gogh nos regaló una obra plena de luz y colores donde el amarillo imperó con el áureo fulgor de sus girasoles.