

Fibrosis endomiocárdica: experiencia en una región no endémica

Alberto Alén Andrés(1), Andrea Aparicio Gavilanes(2), Alejandro Gullón de la Roza(1), María Fernández García(1), Beatriz Nieves Ureña(1), María Salgado Barquinero(1), Manuel Sánchez Suárez(1), Andrés Álvarez Gato(1), Daniel Suárez Fernández(1), Inés Martínez Salgado(1), Luis Caminal Montero(3), Rebeca Lorca Gutiérrez(1) y María Martín Fernández(1) de (1)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (2)Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España y (3)Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España

Introducción: La fibrosis endomiocárdica (FEM) es una cardiopatía infiltrativa infrecuente que afecta fundamentalmente a países tropicales y causa fibrosis del endocardio, miocardiopatía restrictiva y predispone a trombos intraventriculares, insuficiencia cardiaca y arritmias. Su fisiopatología concreta es desconocida asociándose con frecuencia a eosinofilia (endocarditis de Loeffler). En países occidentales es excepcional, siendo su diagnóstico y manejo un reto.
Nuestro objetivo fue describir la etiología, características clínicas, pruebas complementarias y evolución de pacientes con FEM en nuestro medio.

Métodos: Se incluyeron los pacientes con este diagnóstico atendidos en nuestra región en el periodo 2018-2025. Se recogieron variables clínicas y pruebas complementarias.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes con FEM (ver tabla1). La edad al diagnóstico fue muy variable, desde 20 hasta 64 años, así como el motivo de consulta inicial siendo la alteración electrocardiográfica y la insuficiencia cardiaca (IC) los motivos más frecuentes. 3 pacientes presentaban eosinofilia en sangre periférica, 2 en relación con síndrome hipereosinófilo y otro por infección por Blastomyces hominis. En el resto no se estudió la etiología. El hallazgo ecocardiográfico más común, en el 60% de los casos fue hipertrofia con obliteración apical y patrón de restricción. El 60% presentaba disfunción moderada de ventrículo izquierdo y el resto función conservada. El ventrículo derecho estaba afectado en 2 pacientes. En cuanto a las valvulopatías, el 60% presentaban valvulopatía significativa, la más frecuente fue la insuficiencia mitral. El 40% presentaba trombo apical que requirió anticoagulación. Sólo se realizó resonancia cardiaca en 2 casos que presentaban realce subendocárdico de predominio apical. Ninguno presentó arritmias malignas y la mitad presentaron alguna descompensación de IC. 2 recibieron tratamiento con corticoides y uno con mepolizumab (anti-IL5). No se registró mortalidad por causa cardiaca.

Conclusiones: La FEM es una enfermedad infrecuente en nuestro medio que se presenta como hipertrofia apical y asocia muchas veces trombo intraventricular. En casi la mitad de los casos de nuestra serie no se realizó un despistaje de causa subyacente. Es necesario estudio etiológico para intentar iniciar tratamiento dirigido.

Pacientes con dignóstico de fibrosis endomiocárdica en nuestra cohorte

	Id. 1	**Id. 2**	**Id. 3**	**Id. 4**	**Id. 5**
Sexo	Mujer	Varón	Mujer	Mujer	Varón
Edad (diagnóstico)	43	64	20	61	62
Motivo dx	IC	Alteración ECG	-	Alteración ECG	Captación cardiaca en PET
Etiología y comorbiliades	Natural de Guinea. VIH, cirrosis VHB y VHD	Eosinofilia. *Blastocystis hominis* en heces.	SAF	Síndrome hipereosinofilo idiopático	Síndrome hipereosinofilo (variante lifocitica)
Afectación VI	Disfunción moderada, hipocinesia apical y lateral con calcificaciones.	Hipertrofia apical, disfunción moderada, obliteracion apical.	Restricción, disfunción moderada, obliteración apical.	Función limítrofe, hipocinesia apical, obliteración apical.	Hipertrofia moderada, disfunción diastólica.
Afectación VD	VD dilatado, disfunción moderada	Normal	Normal	Normal	Normal
Valvulopatía	IM e IT severas	No	IP severa, IM e IT moderadas	IM moderada	No
Trombo ventricular	No	Sí	Sí	No	No
RMC	-	Realce subendocárdico apical	Realce subendocárdico apical	-	-
Arritmias	No	EV	No	FA	EV
Descompensación IC	Sí	No	Sí	No	No
Tratamiento específico	No	Metronidazol	No	Corticoide	Corticoide Mepolizumab
Mortalidad	Sí	No	Sí	No	No
Causa	Hepatocarcinoma		Hematoma muscular		

Dx: diagnóstico; ECG: electrocardiograma; IC: insuficiencia cardiaca; PET: tomografía por emisión de positrones; SAF: síndrome antifosfolípido; VI: ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho; IM: insuficiencia mitral; IT: insuficiencia tricuspídea; IP: insuficiencia pulmonar; RMC: resonancia magnética cardiaca; EV: extrasistolia ventricular; FA: fibrilación auricular.