



Radiología



0 - DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA: EXISTE MUNDO MÁS ALLÁ DE LAS CORONARIAS

J. Echeveste Aizpurúa

OSATEK, Unidad Resonancia Magnética, Vitoria, España.

Resumen

Objetivos docentes: Presentar los aspectos técnicos del estudio mediante resonancia magnética de las miocardiopatías no-isquémicas con afectación del ventrículo izquierdo. Evaluar los diferentes patrones morfológicos y funcionales y sobre todo de realce tardío. Proponer un enfoque sistemático para el diagnóstico diferencial de las diferentes miocardiopatías no isquémicas así como para su diferenciación respecto a la la patología coronaria/isquémica.

Discusión: Revisaremos los casos más ilustrativos de afectación miocárdica izquierda no-isquémica estudiados en nuestra unidad de resonancia magnética en los últimos años mediante escáneres (1,5 T). En todos ellos se realizó un estudio de volumetría biventricular con trazado a mano alzada, correlacionada con técnica de contraste de fase en aorta ascendente -unión sinotubular- y ocasionalmente en la arteria pulmonar principal para una evaluación óptima de la función ventricular. Los datos se evaluaron en conjunción con los obtenidos mediante ecocardiografía, especialmente en los casos con discordancias secundarias a valvulopatías regurgitantes. En todos los casos se realizó asimismo un estudio de inversión-recuperación (IR) con gadolinio para la evaluación del realce tardío, mediante inspección visual. Los diagnósticos se realizaron evaluando conjuntamente los datos clínicos, la contractilidad y los patrones de realce. En casos dudosos se realizaron estudios de control, así como coronariografía invasiva para una evaluación óptima (dudas entre patrón de realce isquémico vs no-isquémico). Miocardiopatías no isquémicas más frecuente: miocardiopatía dilatada: es la forma más frecuente de miocardiopatía no isquémica. Típicamente cursa con dilatación uni-o biventricular, disfunción contráctil y realce mesocárdico septal. Miocardiopatía hipertrófica: cursa con engrosamiento miocárdico en ausencia de dilatación ventricular o causas de hipertrofia miocárdica. Realce mesocárdico de las áreas hipertróficas debido a fibrosis. Miocarditis: generalmente de causa viral. Cursa con alteraciones de la contractilidad asociadas a realce típicamente subepicárdico, sobre todo lateral. La mayoría se recuperan por completo. Amiloidosis: causada por el depósito de glicoproteínas en el miocardio. Engrosamiento parietal biventricular con realce subendocárdico difuso. Tako-Tsubo: síndrome de "apical ballooning". Hipocinesia-acinesia apical transitoria con hipercinesia basal sin realce asociado y coronarias normales. La mayoría se recuperan por completo. Miocardiopatía no compactada: fallo de la morfogénesis endomiocárdica que cursa con trabeculaciones ventriculares prominentes y recesos intertrabeculares profundos.

Referencias bibliográficas

Cummings KW. A pattern-based approach to assessment of delayed enhancement in nonischemic cardiomyopathy at MR imaging. *Radiographics*. 2009;29:89-103.

Senthilkumar A. Identifying the etiology: a systematic approach using delayed-enhancement cardiovascular magnetic resonance. *Heart Failure Clin*. 2009;5:349-67.

Stirrat J. The prognostic role of late gadolinium enhancement. *Magnetic resonance imaging in patients with cardiomyopathy*. *Can J Cardiol*. 2013;29:329-36.