



Radiología



UTILIDAD DE LA RM EN EL DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LAS MIOCARDIOPATÍAS NO ISQUÉMICAS

J.A. González Nieto, A.A. Painel Seguel, E. González Montpetit, R. Blanco Salado, R. Expósito Díaz y J. Vizquete del Rio

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Resumen

Objetivos docentes: Revisar la clasificación actual de las miocardiopatías no isquémicas. Revisar los protocolos de estudio mediante RM. Presentar los principales hallazgos en RM de las miocardiopatías no isquémicas.

Revisión del tema: Las miocardiopatías no isquémicas engloban un grupo heterogéneo de enfermedades, tanto genéticas como adquiridas, con características morfológicas, electrofisiológicas y funcionales dispares, que asocian disfunción cardiaca por afectación miocárdica. La AHA las clasifica en primarias (afectación cardiaca exclusiva o predominante) y secundarias (afectación cardiaca como parte de un proceso sistémico). La RM es útil en la detección, localización y cuantificación del proceso patológico miocárdico, sirve de estándar de referencia para función y cuantificación. Se utiliza para plantear el diagnóstico diferencial y valor pronóstico así como el seguimiento. Los protocolos varían según sospecha clínica: Secuencias cine sangre blanca; Secuencias de realce tardío de gadolinio; Secuencias de cuantificación de flujo (contraste de fase); Secuencias STIR o triple IR; Secuencias T1 sin y con supresión grasa; Mapeo de T1 y T2; Secuencias de perfusión miocárdica. Revisaremos los hallazgos de los diferentes tipos de miocardiopatías no isquémicas así como enumerar las ventajas de la RM frente a otras pruebas de imagen en el diagnóstico y pronóstico de este grupo de enfermedades.

Conclusiones: Las miocardiopatías son un grupo heterogéneo de enfermedades donde la RM tiene un papel clave. La RM es la técnica de referencia para función ventricular sistólica, mediciones de engrosamiento y volúmenes. El realce tardío es útil para diagnóstico diferencial, pronóstico y seguimiento. Existen nuevas secuencias de mapeo T1 y T2 para estadios subclínicos y mayor objetivación de patología.