

posterior reversible y la encefalitis vírica, especialmente herpética (hinchazón cerebral típicamente temporal con cambios necrótico-hemorrágicos)<sup>4</sup>.

Aún no existe un tratamiento curativo y la enfermedad es invariablemente fatal, con una supervivencia media de siete meses tras el diagnóstico.

### Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

### Conflicto de intereses

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Lee H, Hoffman C, Kingsley PB, Degnan A, Cohen O, Prohovnik I. Enhanced detection of diffusion reductions in Creutzfeldt-Jakob disease at a higher B factor. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2010;31:49–54.
2. Tsuji Y, Kanamori H, Murakami G, Yokode M, Mezaki T, Dohura K, et al. Heidenhain variant of Creutzfeldt-Jakob disease: diffusion-weighted MRI and PET characteristics. *J Neuroimaging.* 2004;14:63–6.
3. Kropp S, Schulz-Schaeffer WJ, Finkenstaedt M, Riedemann C, Windl O, Steinhoff BJ, et al. The Heidenhain variant of Creutzfeldt-Jakob disease. *Arch Neurol.* 1999;56:55–61.

4. Ukisu R, Kushihashi T, Tanaka E, Baba M, Usui N, Fujisawa H, et al. Diffusion-weighted MR imaging of early-stage Creutzfeldt-Jakob disease: typical and atypical manifestations. *Radiographics.* 2006;26 Suppl 1:S191–204.
5. Tschampa HJ, Kallenberg K, Kretzschmar HA, Meissner B, Knauth M, Urbach H, et al. Pattern of cortical changes in sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28:1114–8.
6. Zerr I, Kallenberg K, Summers DM, Romero C, Taratuto A, Heineemann U, et al. Updated clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Brain.* 2009;132:2659–68.
7. Kallenberg K, Schulz-Schaeffer WJ, Jastrow U, Poser S, Meissner B, Tschampa HJ, et al. Creutzfeldt-Jakob disease: comparative analysis of MR imaging sequences. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2006;27:1459–62.
8. Vitali P, Maccagnano E, Caverzasi E, Henry RG, Haman A, Torres-Chae C, et al. Diffusion-weighted MRI hyperintensity patterns differentiate CJD from other rapid dementias. *Neurology.* 2011;76:1711–9.

A. Martín-Díaz<sup>a,\*</sup>, C. Utrilla Contreras<sup>a</sup>, J. Morán Marsili<sup>a</sup>, B. Marín Aguilera<sup>a</sup>, I. Puertas Muñoz<sup>b</sup> y A. Royo Orejas<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Neurología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alfonsomd88@gmail.com](mailto:alfonsomd88@gmail.com) (A. Martín-Díaz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2017.02.001>  
0048-7619/

© 2017 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Necrosis grasa epicárdica: una causa infrecuente de dolor torácico



### Epicardial fat necrosis: an unusual cause of chest pain

Estimada Editora:

La necrosis grasa epicárdica es una entidad infrecuente, que se presenta con dolor torácico pleurítico súbito y autolimitado en pacientes anteriormente sanos<sup>1</sup>. La tomografía computada (TC) permite una evaluación anatómica precisa del espacio cardiopélico y la caracterización de las lesiones que lo comprometen, como la necrosis grasa epicárdica, que evidencia los hallazgos típicos de la entidad, consistentes en una lesión ovoide con atenuación grasa y compromiso del tejido adiposo epicárdico adyacente<sup>2,3</sup>. La fisiopatología se ha relacionado con daño en el tejido graso epicárdico, secundario a torsión vascular, trauma o sangrado microvascular<sup>4</sup>.

Comunicamos dos casos de necrosis grasa epicárdica diagnosticados por TC. El primero consistió en una mujer de 35 años de edad, anteriormente sana, que consultó al servicio de urgencias por un dolor precordial intenso y súbito. A su ingreso el examen físico resultó normal, con electrocardiograma sin evidencia de alteraciones. Dada la persistencia e intensidad del dolor, se realizó una TC de tórax contrastada, en la que se observó una lesión ovoide encapsulada, con atenuación grasa y presencia de anillo de tejido blando, con aumento en la atenuación de la grasa adyacente, localizada en la región epicárdica anterior izquierda (fig. 1).

El segundo caso fue un varón de 67 años de edad, sin antecedentes patológicos, que consultó a urgencias por un cuadro de dolor torácico opresivo e intenso, de una hora de evolución, que se irradiaba al hemitórax izquierdo y se asociaba a náuseas y disnea. El electrocardiograma y tropoinas fueron normales. Se realizó una angiografía por TC de tórax que evidenció una lesión redondeada con atenuación central grasa y de mayor densidad periférica, localizada en la grasa epicárdica anterior hacia el ángulo cardiopélico izquierdo (fig. 2). Esto se relacionaba con una torsión



**Figura 1** Mujer de 35 años presenta en (a) la TC de tórax contrastada en corte axial con ventana de tejidos blandos una lesión ovoidea encapsulada, con atenuación grasa y presencia de anillo de tejido blando con aumento en la atenuación de la grasa adyacente, localizada en la región epicárdica anterior del lado izquierdo (flecha). (b) La TC de tórax contrastada en el área epicárdica izquierda muestra la lesión encapsulada de baja atenuación (flecha). (c) La reconstrucción coronal de la TC confirma la falta de continuidad con el tejido grasa infradiaphragmático o mediastinal (flecha).

del cojinete grasa epicárdico con infarto. No se encontró tromboembolismo pulmonar ni alteraciones del parénquima.

En ambos pacientes se realizó el diagnóstico de necrosis grasa epicárdica con base en la historia clínica y los hallazgos imagenológicos típicos en la TC, descartándose otras posibilidades diagnósticas del cuadro clínico. Los dos recibieron

manejo con analgésicos orales, sin requerir ninguna intervención quirúrgica ni otros estudios invasivos, con adecuada evolución y resolución de la sintomatología.

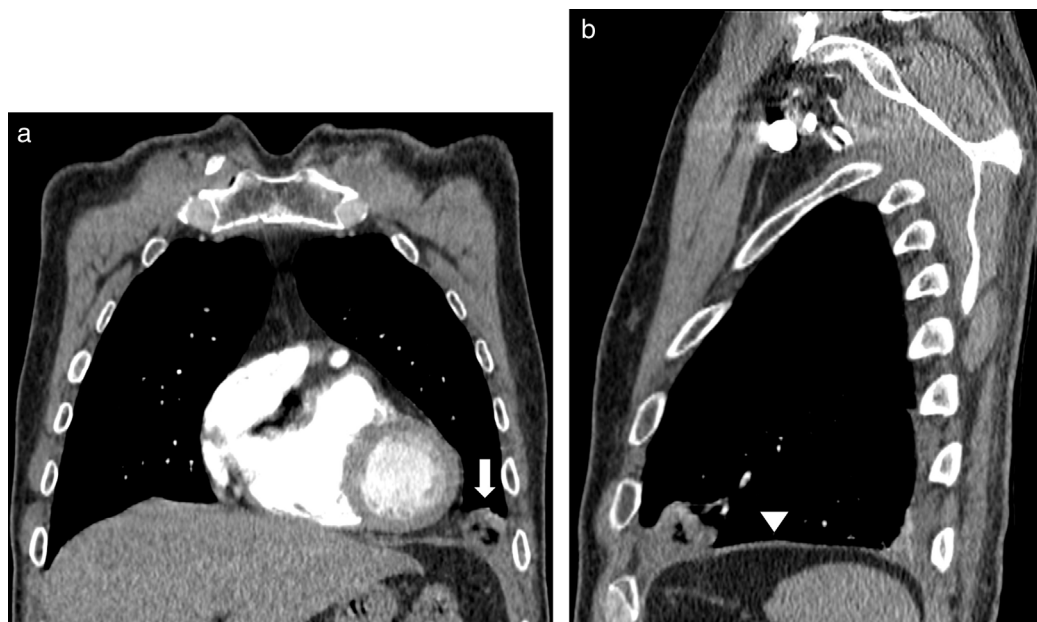
La necrosis grasa epicárdica, condición benigna y poco frecuente, fue descrita por primera vez por Jackson *et al.* en 1957<sup>1,5,6</sup>. Hasta el momento solo existen 35 casos reportados en la literatura mundial<sup>4</sup>. La fisiopatología es desconocida y se asocia a torsión e isquemia aguda de la grasa epicárdica, anomalías estructurales preexistentes del tejido adiposo (como lipomas, hamartomas o lipomatosis) e incremento de la presión intratorácica relacionada con la maniobra de Valsalva<sup>1,5</sup>.

La presentación clínica es el dolor torácico pleurítico, súbito e intenso, que puede estar asociado a mareos, síncope, disnea, taquicardia y diaforesis. El examen físico, el eco y el electrocardiograma, así como las pruebas de laboratorio, suelen ser normales<sup>4,5</sup>.

En cuanto al diagnóstico por imagen, la radiografía de tórax puede ser normal o evidenciar un aumento en la opacidad del espacio paracardiaco, usualmente del lado izquierdo, con o sin derrame pleural concomitante<sup>5,7</sup>. Por ello, la TC es considerada la técnica de elección ante la sospecha de necrosis grasa epicárdica. Esta permite una excelente visualización del espacio cardiofrénico y la caracterización de sus lesiones<sup>2</sup>. El hallazgo típico es la presencia de una lesión encapsulada de atenuación grasa que se localiza en el tejido adiposo paracardiaco del mediastino anterior, adyacente al pericardio y se rodea de cambios inflamatorios, como filamentos densos, engrosamiento pleural o pericárdico y ocasionalmente derrame pleural<sup>2,5,7</sup>. En los casos de alta sospecha clínica y hallazgos sutiles o no concluyentes en la TC, la resonancia magnética (RM) puede confirmar el contenido grasa de la lesión<sup>1</sup>.

Entre los diagnósticos diferenciales deben incluirse las masas de contenido grasa ubicadas en el pericardio (como lipomas, liposarcomas, mesoteliomas pericárdicos, teratomas y timolipomas) y las infecciones (como mediastinitis y absceso mediastinal), a pesar de que son entidades acompañadas de otros hallazgos imagenológicos que orientan el diagnóstico. De igual manera, las hernias diafragmáticas con contenido de grasa abdominal ocupando el espacio cardiofrénico pueden descartarse a través de las reconstrucciones multiplanares de la TC, ya que evidencian el defecto en el diafragma y la continuidad de la lesión con la grasa infradiaphragmática<sup>5</sup>.

Desde el 2005, año de la primera descripción de un caso de necrosis grasa epicárdica con manejo conservador exitoso, la TC ha jugado un papel fundamental en el diagnóstico y control<sup>3</sup>. Esta entidad no requiere intervención quirúrgica y en la mayoría de los casos es suficiente el tratamiento con analgésicos<sup>1,2</sup>. El seguimiento imagenológico evidencia la resolución de los hallazgos de manera espontánea.



**Figura 2** Hombre de 67 años presenta en (a) la angiografía por TC de tórax con reconstrucción coronal y ventana de tejidos blandos una lesión redondeada con atenuación central grasa, de mayor densidad periférica en la localización de la grasa epicárdica anterior hacia el ángulo cardiofrénico izquierdo (flecha). (b) La reconstrucción sagital de la TC confirma la falta de continuidad con el tejido graso infradiafragmático y evidencia diafragma íntegro (cabeza de flecha).

### Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

### Conflicto de intereses

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Lee HH, Ryu DS, Jung SS, Jung SM, Choi SJ, Shin DH. MRI findings of pericardial fat necrosis: case report. *Korean J Radiol.* 2011;12:390-4.
2. Pineda V, Andreu J, Cáceres J, Merino X, Varona D, Dominguez-Oroz R. Lesions of the cardiophrenic space: findings at cross-sectional imaging. *Radiographics.* 2007;27:19-32.
3. Pineda V, Cáceres J, Andreu J, Vilar J, Domingo ML. Epipericardial fat necrosis: radiologic diagnosis and follow-up. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;185:1234-6.

4. Giassi Kde S, Costa AN, Apanavicius A, Bachion GH, Musolino RS, Kairalla RA. Epipericardial fat necrosis: an unusual cause of chest pain. *J Bras Pneumol.* 2013;39:627-9.
5. Hernandez D, Galimany J, Pernas JC, Llauger J. Case 170: Pericardial fat necrosis. *Radiology.* 2011;259:919-22.
6. Lee BY, Song KS. Calcified chronic pericardial fat necrosis in localized lipomatosis of pericardium. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;188:21-4.
7. van den Heuvel DA, van Es HW, Cirkel GA, Bos WJ. Acute chest pain caused by pericardial fat necrosis. *Thorax.* 2010;65:188.

T. Suárez Poveda<sup>a</sup>, P.E. Gil Serrano<sup>b,\*</sup>, V. Palacio<sup>a</sup> y M.C. Arango<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Residencia de Radiología, Universidad CES, Medellín, Colombia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [patriciagil16@hotmail.com](mailto:patriciagil16@hotmail.com) (P.E. Gil Serrano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2017.03.007>  
0048-7619/

© 2017 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).