

Carta al Editor

Réplica al caso clínico «Rotura cardíaca tras falso negativo en coronariografía mediante tomografía computarizada»**Reply to «Heart wall rupture after a false negative computed tomography coronary»**

Estimado Editor:

El artículo trata de un varón de 43 años que ingresa por un cuadro de dolor torácico no típico de 48 h de evolución, con elevación de los marcadores de daño miocárdico, un ECG no concluyente, pero patológico, y un ecocardiograma que demuestra alteraciones segmentarias de la contractilidad. Se plantea el diagnóstico diferencial inicial de SCASEST (en su caso IAM evolucionado) vs. miocarditis aguda. Se decide realizar una TAC-cardiaca con el fin de descartar enfermedad coronaria. Este es informado como normal, pero según se describe, a los minutos de realizar la TAC el paciente presenta síncope con recuperación espontánea. En un nuevo ecocardiograma se aprecia un derrame pericárdico no presente en el estudio previo, y un hematoma periaórtico sospechándose entonces de un síndrome aórtico agudo (SAA). Se traslada al hospital de referencia, donde se repite una nueva angio-TAC que descarta enfermedad aguda de aorta. Dadas las dudas diagnósticas, se realiza una cardio-RM, que lleva al diagnóstico de IAM evolucionado, complicado con rotura cardíaca contenida con hemopericardio. Ante estos hallazgos, se decide realizar una coronariografía que muestra una oclusión de una rama obtusa marginal (OM). Es entonces cuando se decide intervenir al paciente confirmándose el diagnóstico de IAM posterolateral evolucionado con relación a la oclusión de rama OM complicado con rotura cardíaca contenida.

Los autores concluyen que se trata de un falso negativo (FN) de la TAC, y así lo exponen en el título del artículo «Rotura cardíaca tras FN en coronariografía mediante tomografía computarizada».

Creo que el mensaje que quiere transmitir el artículo no se adecua a la realidad, ya que no se trata de un FN del TAC cardíaco sino una concatenación de errores en el enfoque diagnóstico del paciente.

En primer lugar, se indica una TAC cardíaca en un paciente con dolor torácico, elevación de troponina I ultrasensible 5 veces por encima del LSN y alteraciones segmentarias ecocardiografías. Según las guías de práctica clínica del SCASEST 2015, estamos ante una paciente con alta probabilidad de SCASEST, ya que las elevaciones 5 veces superiores al LSN tienen un alto valor predictivo positivo de IM agudo de tipo 1¹. Por lo tanto, hay una alta probabilidad pre-test de enfermedad coronaria, con lo que está indicado un tratamiento invasivo precoz y no una TAC cardíaca.

Se decide realizar una TAC cardíaca que muestra una oclusión de la OM que no es identificada en ese momento. Escasos minutos después el paciente presenta síncope y hemopericardio. La TAC cardíaca no implica solo la visualización de las arterias coronarias, sino también permite valorar las alteraciones de la contractilidad,

calcular la función ventricular y detectar defectos de perfusión miocárdica en fase aguda y crónica con alta precisión². Estos datos también se pasaron por alto en el caso clínico publicado.

Ante la sospecha de SAA se traslada al hospital de referencia donde se repite la angio-TC. Sorprende que después de realizarse una TAC cardíaca donde no se detecta afectación de raíz aórtica, se repite otra TAC con contraste para descartar SAA. También sorprende que en este tampoco se aprecie la rotura cardíaca contenida, ni se describan las alteraciones a nivel miocárdico.

Finalmente se realiza RM cardíaca, y es cuando se diagnostica al paciente de rotura miocárdica contenida tras IAM evolucionado.

Actualmente la coronariografía no invasiva es una prueba segura y válida para detectar enfermedad coronaria con un VPN publicado en torno al 97-99%. Para ello es importante que la indicación sea correcta y que la interpretación sea realizada por personal experimentado. Su alto VPN y alta sensibilidad hacen que su indicación principal en el dolor torácico sea excluir enfermedad coronaria en paciente con baja o intermedia probabilidad pre-test, que no es el caso presentado en el artículo. La alta resolución espacial y el hecho que se realiza sincronizado con el latido cardíaco, hacen que la TAC cardíaca tenga una alta rentabilidad diagnóstica para detectar alteraciones a nivel de todas las estructuras cardíacas incluido el miocardio, y hacen posible valorar alteraciones de la perfusión miocárdica y calcular la FE². En este caso no se realizó el análisis del resto de estructuras pasándose por alto el diagnóstico de IAM evolucionado.

El caso clínico es interesante, ya que las complicaciones mecánicas del IAM son poco frecuentes y conllevan una elevada mortalidad. En este caso fue posible llegar a un tratamiento adecuado a pesar de un retraso en el diagnóstico, pero no transmite un mensaje real ya que no se trata de un falso negativo de la TAC cardíaca, si no, de un caso de interpretación incorrecta de las imágenes.

Bibliografía

1. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller Ch, Valgimigli M, Andreotti F, et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:1125.e1-64.
2. Mark DB, Berman DS, Budoff MJ, Carr JJ, Gerber TC, Hecht HS, et al., American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. ACCF/ACR/AHA/NASCI/SAIP/SCAI/SCCT 2010 expert consensus document on coronary computed tomographic angiography: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55:2663-99.

Virginia Alvarez Asiain*

Unidad de Imagen Cardíaca, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virginia.alvarez.asiain@navarra.es