

Hendidura miocárdica: una alteración anatómica para tener en cuenta

Sr. Editor:

Las dudas en la interpretación de las imágenes, angiográficas o ecocardiográficas, debidas a *clefts* o hendiduras en el miocardio ventricular izquierdo, pueden derivar en una cadena de exploraciones complementarias, más o menos agresivas, para aclarar su origen. La cardi resonancia magnética (CRM) es una técnica de imagen no invasiva, con una excelente resolución espacial, que permite el diagnóstico anatómico de estas hendiduras o criptas miocárdicas, que pueden presentarse tanto en sujetos sanos como en pacientes con algún trastorno cardiovascular¹⁻³.

Presentamos el caso de un varón de 58 años a quien, tras consultar por un dolor torácico atípico, se le practicó una coronariografía diagnóstica debido a discrepancias entre la clínica y las exploraciones complementarias. La coronariografía no mostró lesiones en las arterias coronarias, pero en la ventriculografía se observó una imagen digitiforme, con entrada de contraste, en el segmento basal inferior (fig. 1). En la ecocardiografía practicada después, se observó que había unas proyecciones miocárdicas, correspondientes en realidad al reborde endocárdico de la hendidura, que se interpretaron como correspondientes a una masa miocárdica, por lo que se solicitó una CRM para completar el estudio etiológico. Tanto en las secuencias de cine-RM, en las que no se observaron alteraciones de la contractilidad, como en las secuencias de realce tardío tras la administración de contraste, que descartaron la existencia de fibrosis focal, se observó la imagen característica de una hendidura miocárdica, localizada en el segmento basal de la cara inferior (fig. 2). El paciente fue dado de alta,

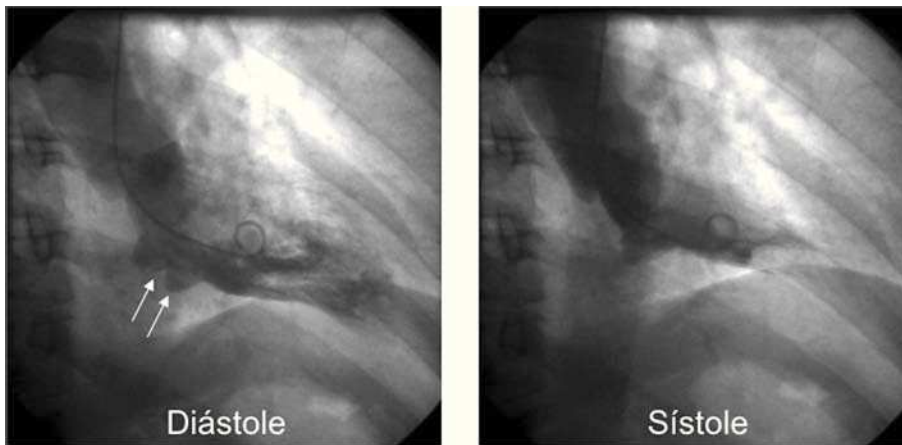


Fig. 1. Imágenes sistólica y diastólica de la ventriculografía, en las que se observa en diástole una protrusión digitiforme con contraste en su interior (flecha), de etiología no aclarada.

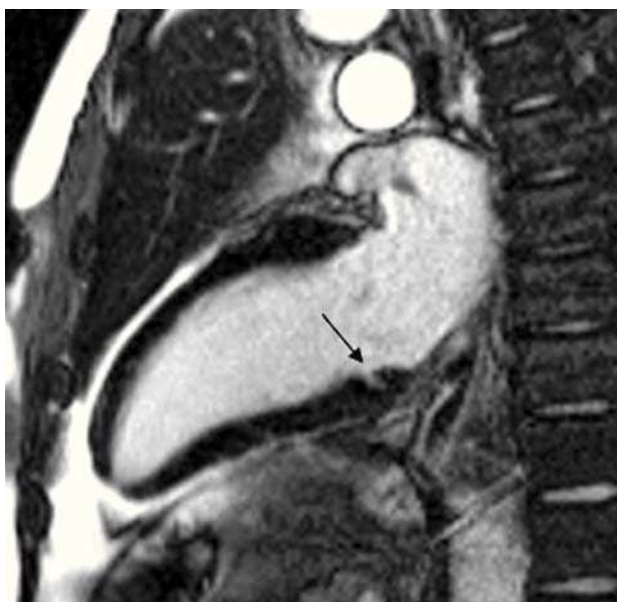


Fig. 2. Imagen diastólica correspondiente a una secuencia de realce tardío (inversión-recuperación) en un plano longitudinal vertical (dos cámaras), en la que se observa la hendidura o cripta miocárdica en el segmento basal inferior (flecha), que característicamente no sobrepasa el borde epicárdico, sin evidencia de retención de contraste.

sin necesidad de tratamiento ni seguimiento clínico alguno.

La identificación de hendiduras mediante la CRM fue descrita por Germans et al¹ en pacientes con mutaciones genéticas relacionadas con la miocardiopatía hipertrófica, pues se las objetiva en el 81% de los casos, con una localización inferoseptal. El interés de dicho hallazgo radica en que estos pacientes tenían la mutación pero no habían desarrollado la hipertrofia ventricular, por lo que se hipotetizó que la presencia de hendiduras podría determinar un estadio precoz de esta enfermedad. Más recientemente, Johansson et al² han publicado una serie más larga. Encuentran estas características en un 8% de los voluntarios sanos estudiados

y describen dos localizaciones distintas, a nivel del segmento inferior basal, únicamente observada en voluntarios sanos, y a nivel septal medioapical, observada tanto en voluntarios sanos como en pacientes remitidos a CRM por otras afecciones. La importancia de esta serie radica en que demuestra que en más del 6% de los individuos sanos la CRM detecta hendiduras miocárdicas. Este hallazgo no tiene ningún significado patológico, pero conviene conocerlo, ya que un diagnóstico erróneo, como podría ser el de una miocardiopatía no compactada³, puede ser perjudicial para el paciente.

Se desconoce la causa de la aparición de las hendiduras, aunque se ha postulado que en pacientes con miocardiopatía hipertrófica podría deberse a isquemia miocárdica por disfunción microvascular¹ y/o a *disarray* miocárdico, alteración que podría estar en relación con la disposición helicoidal de las fibras miocárdicas⁴. En todo caso, hasta ahora no se ha demostrado que su identificación en individuos sanos implique enfermedad miocárdica.

En conclusión, la CRM permite identificar la presencia de hendiduras en el ventrículo izquierdo que, aunque sea un hallazgo poco frecuente, es importante conocer para evitar diagnósticos equivocados. De acuerdo con los datos de la literatura, parecería que la localización más característica en individuos sanos sea en el segmento basal inferior.

Sandra Pujadas^a, Juan Sánchez-Rubio^b,
José G. Galache^b y Francesc Carreras^a

^aUnidad de Imagen Cardíaca. Servicio de Cardiología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.

^bServicio de Cardiología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Germans T, Wilde AA, Dijkmans PA, Chai W, Kamp O, Pinto YM, et al. Structural abnormalities of the inferoseptal left ventricular wall detected by cardiac magnetic resonance imaging in carriers of hypertrophic cardiomyopathy mutations. *J Am Coll Cardiol.* 2006;48:2518-23.

2. Johansson B, Maceira AM, Babu-Narayan SV, Moon JC, Pennell DJ, Kilner PJ. Clefts can be seen in the basal inferior wall of the left ventricle and the interventricular septum in healthy volunteers as well as patients by cardiovascular magnetic resonance. *J Am Coll Cardiol.* 2007;50:1294-5.
3. Germans T, Dijkmans PA, Wilde AA, Kamp O, Van Rossum AC. Prominent crypt formation in the inferoseptum of a hypertrophic cardiomyopathy mutation carrier mimics noncompaction cardiomyopathy. *Circulation.* 2007;115:e610-1.
4. Baliga RR, Young JB. The concertina pump. *Heart Failure Clin.* 2008;4:13-4.