

Realce tardío del gadolinio en la miocardiopatía no compactada

Sr. Editor:

La Sociedad Europea de Cardiología actualmente considera la miocardiopatía no compactada (MNC) como una miocardiopatía no clasificada¹. Se caracteriza por la presencia de numerosas y prominentes trabeculaciones junto con recesos intertrabeculares profundos en un segmento de la pared ventricular, principalmente a nivel lateral y apical, resultado de una anomalía congénita del desarrollo endomiocárdico². Su presentación clínica es variable, desde casos asintomáticos hasta insuficiencia cardiaca severa; otras manifestaciones propias de la enfermedad son las arritmias ventriculares y la embolia sistémica. La cardiorensonancia magnética (CRM), por su alta resolución espacial, permite un diagnóstico preciso de esta entidad. Presentamos el caso de una paciente de 44 años diagnosticada de miocardiopatía dilatada idiopática con coronarias normales y disfunción moderada del ventrículo izquierdo, que fue remitida para CRM por sospecha de MNC. Un estudio Holter había puesto de manifiesto episodios frecuentes de taquicardia ventricular no sostenida, con un consumo máximo de oxígeno de 14 ml/kg/min. La CRM realizada con un equipo de 1,5 Teslas (figs. 1 y 2, imágenes de eco de gradiente y tras administración de contraste) puso de

manifiesto las características anatómicas propias de esta entidad, así como un realce tardío de gadolinio subepicárdico e intramiocárdico de localización anterior y septal, con una fracción de eyección del 35%. La relevancia de la CRM en el diagnóstico de esta miocardiopatía ya ha sido puesta de manifiesto previamente; sin embargo, el papel del realce tardío de gadolinio no ha sido totalmente aclarado³. Otros autores lo han descrito como indicio de tejido fibroso y cicatrizal; también han planteado una posible correlación de la extensión y la localización del realce con la evolución clínica de estos pacientes, si bien el número de casos descritos en la literatura es escaso^{4,5}. Por otro lado, el pronóstico de la MNC es controvertido, sin que hasta el momento se hayan definido los criterios de alto riesgo. Los estudios de CRM pueden aportar mucho en esta entidad compleja y todavía no completamente conocida, no sólo como herramienta diagnóstica, sino también en cuanto a su pronóstico. Son necesarios mayores seguimientos y series de pacientes más largas para conocer tanto la historia natural de la miocardiopatía no compactada como el papel que el realce tardío de gadolinio pueda desempeñar en esta entidad.

María Martín^a, Elena Santamarta^b, Antonio Saiz^b
y César Moris^a

^aÁrea del Corazón. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias, España.

^bServicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias, España.

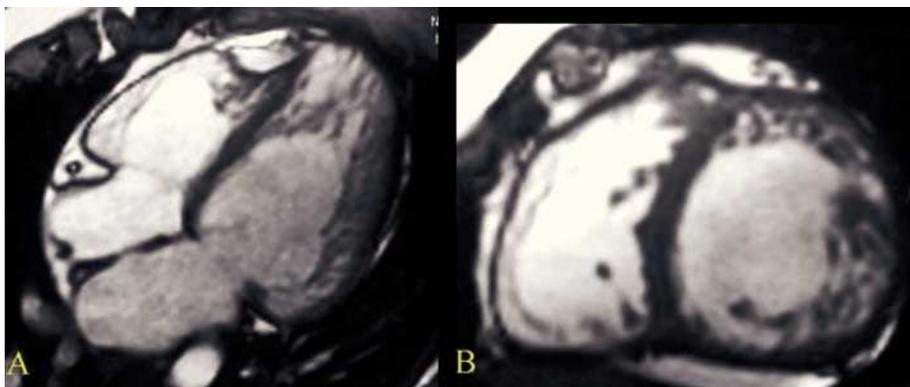


Fig. 1. Secuencias ecográficas de eco de gradiente (4 cámaras y 2 cámaras) en las que se observa un ventrículo izquierdo dilatado con criterios de ausencia de compactación.

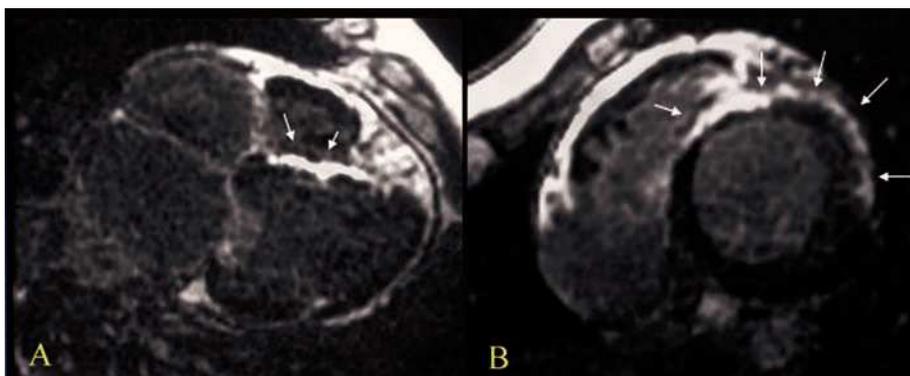


Fig. 2. Tras administración de contraste, se observa un realce tardío de gadolinio subepicárdico e intramiocárdico de localización anterior y septal (flechas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Elliott P, Andersson B, Arbustini E, Bilinska Z, Cecchi F, Charron P, et al. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society of Cardiology working group on myocardial and pericardial diseases. *Eur Heart J*. 2008;29:270-6.
2. Weiford BC, Subbarao VD, Mulhern KM. Noncompaction of the left ventricular myocardium. *Circulation*. 2004;109:2965-71.
3. Borreguero LJ, Corti R, De Soria RF, Osende JI, Fuster V, Badimon JJ. Diagnosis of isolated noncompaction of the myocardium by magnetic resonance imaging. *Circulation*. 2002;105:e177-8.
4. Jassal DS, Nomura CH, Neilan TG, Holmvang G, Fatima U, Januzzi J, et al. Delayed enhancement cardiac MR imaging in noncompaction of left ventricular myocardium. *J Cardiovasc Magn Reson*. 2006;8:489-91.
5. Casella M, Pieroni M, Russo AD, Pennestri F, Meduri A, Natale L, et al. Characterization of the electroanatomic substrate in a case of noncompaction left ventricle. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2008;9:636-8.