

Sarcoidosis cardiaca: diagnóstico por resonancia magnética con contraste

Sr. Editor:

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología desconocida que afecta al corazón en el 5 al 10% de los casos en estudios clínicos. En estudios autópsicos la incidencia puede alcanzar el 76%^{1,2}. Puede ser rápidamente progresiva y cursar con muerte súbita como manifestación inicial³. El diagnóstico de afección cardiaca se realiza siguiendo los criterios del ministerio japonés de salud, entre ellos alteraciones hemodinámicas y electrocardiográficas, técnicas de imagen e incluso biopsia miocárdica⁴. El tratamiento precoz mejora el pronóstico para el paciente⁵. Entre las técnicas de imagen, la resonancia magnética (RM) con realce tardío tras la administración de gadolinio ha supuesto un gran avance para la confirmación diagnóstica y la evaluación pronóstica^{6,7}.

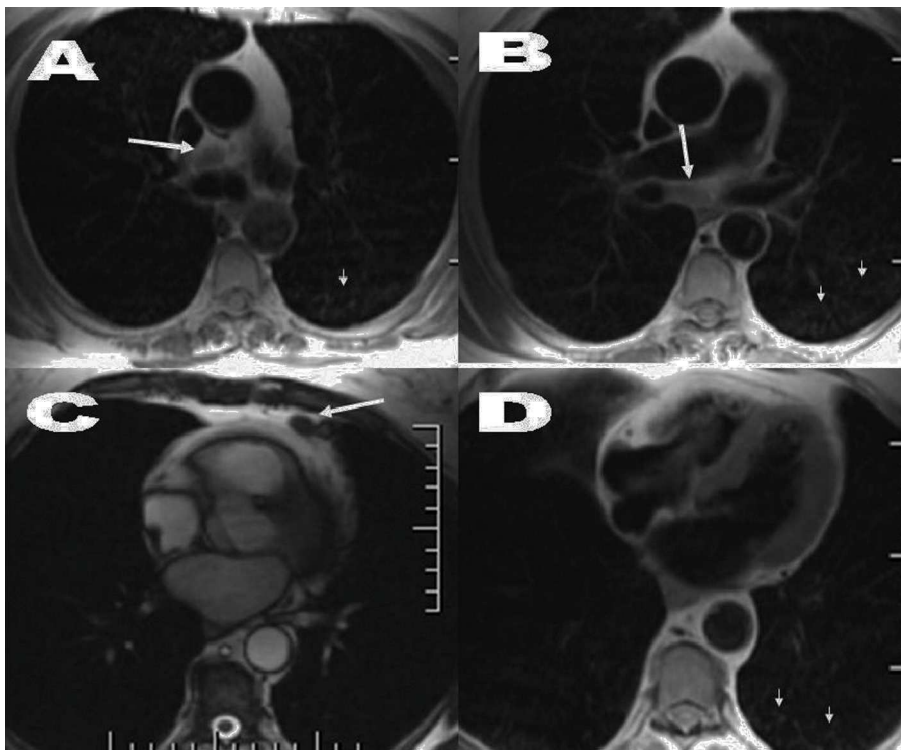


Fig. 1. Secuencia axial Spin Eco T1 (A, B, D) y ecograma de gradiente-cine (C). Imágenes de adenopatías mediastínicas \leq de 1 cm en región pretraqueal-retrocarava inferior (A), infracarinal (B) y paracardíaca izquierda (C) (flechas grandes). Además, se puede observar una afección intersticial parenquimatosa pulmonar micronodular bilateral y difusa (flechas pequeñas).

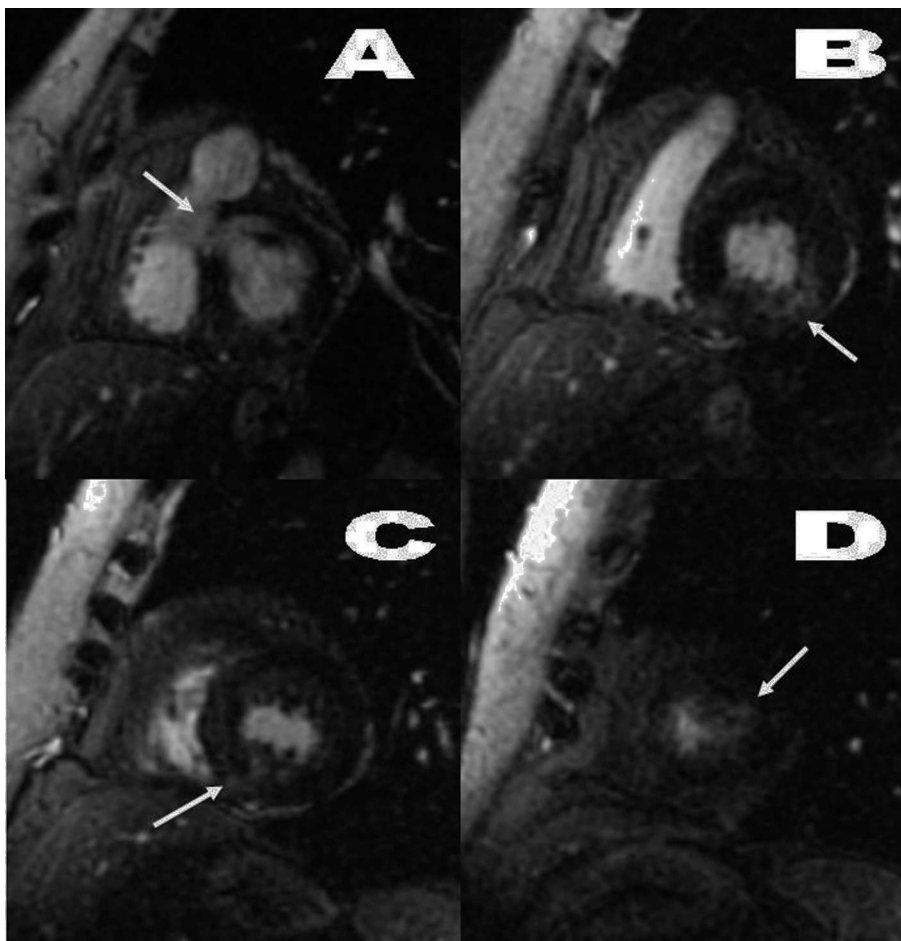


Fig. 2. Secuencia ecográfica de gradiente con contraste: realce tardío, eje corto. Aumento de intensidad de señal parcheado nodular, intramiocárdico y mal delimitado en margen anterior basal del septo (A), cara posterolateral del ventrículo izquierdo (B), cara posterior medio-apical (C) y pequeño foco en la cara lateral apical (D) (flechas).

Presentamos el caso de una mujer de 70 años con dolor torácico acompañado de cortejo vasovagal de unos 60 min de duración y acúfenos en ambos oídos.

Un año antes, a raíz de un cuadro de malestar general, se le realizó un estudio radiológico en el que se encontraron lesiones intersticiales en ambos pulmones; estudiadas con biopsia transbronquial, se confirmó la presencia de granulomas no caseosos típicos de sarcoidosis. Se descartaron otras causas de enfermedad granulomatosa de pulmón.

La exploración física mostraba presión arterial normal y pulso arterial arrítmico a 94 lat/min. Las determinaciones de laboratorio mostraron: calcio 11,1 mg/dl; convertasa angiotensínica 40,3 U/dl; ácido úrico 8,1 mg/dl y creatinina 1,7 mg/dl. El estudio ergométrico y gammagráfico del miocardio en reposo y tras esfuerzo con ^{99m}Tc presentó defecto de perfusión paradójico en cara inferior. En el Holter de 24 h se observó extrasistolia ventricular monotópica de moderada frecuencia, y en el ecocardiograma, hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo con alteraciones de la relajación, pero con función sistólica conservada e insuficiencia mitral moderada.

El estudio con RM mostró afección ganglionar, pulmonar y cardíaca (figs. 1 y 2) y la coronariografía, placas ateroscleróticas sin significación hemodinámica en ambas coronarias.

El diagnóstico de sarcoidosis cardíaca en pacientes previamente diagnosticados de sarcoidosis de otros órganos se hace siguiendo criterios que no incluyen la RM. Sin embargo, con RM se pueden ver las lesiones sarcoidóticas y hacer un seguimiento de la respuesta terapéutica incluso en pacientes sin síntomas cardiológicos⁵. Con RM se han descrito: adenopatías mediastínicas, infiltración de las paredes cardíacas, realce tardío de aspecto nodular y parcheado que indica inflamación y/o fibrosis miocárdica, y disfunción miocárdica regional⁶⁻⁸.

Nuestro caso, que cumple los criterios diagnósticos de sarcoidosis cardíaca, nos permite ilustrar la morfología de las lesiones cardíacas obtenidas con RM. Éstas afectan especialmente al septo basal y otras partes del mio-

cardio sin correspondencia regional con la distribución anatómica del riego coronario. Presentan un aspecto disperso, parcheado y nodular, a veces con bordes mal definidos, como otros autores han descrito^{6,7}. La utilidad de la RM justifica la revisión de los criterios diagnósticos de sarcoidosis cardíaca seguidos hasta ahora⁷.

Francisco García-Gallego^a, Montserrat Bret-Zurita^b, Cristina García-Quero^c y Emilio Cuesta-López^b

^aServicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

^bServicio de Radiología. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

^cServicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Newman LS, Rose CS. Sarcoidosis. *N Engl J Med.* 1997;336:1224-34.
2. Perry A, Vuitch F. Causes of death in patients with sarcoidosis. A morphologic study of 38 autopsies with clinicopathologic correlations. *Arch Pathol Lab Med.* 1995;119:167-72.
3. Matsui Y, Iwai K, Tachibana T, Fruie T, Shigematsu N, Izumi T, et al. Clinicopathological study on fatal myocardial sarcoidosis. *Ann N Y Acad Sci.* 1976;278:455-69.
4. Hiroga H, Yuwai K, Hiroe M. Guideline for the diagnosis of cardiac sarcoidosis: Study report on diffuse pulmonary diseases. Tokyo: The Japanese Ministry of Health and Welfare; 1993. p. 23-4.
5. Yazaki Y, Isobe M, Hiroe M, Morimoto S, Hiramitsu S, Nakano T, et al. Prognostic determinants of long term survive in japanese patients with cardiac sarcoidosis treated with prednisone. *Am J Cardiol.* 2001;88:1006-10.
6. Tadamura E, Yamamuro M, Kubo S, Kanao S, Saga T, Harada M, et al. Effectiveness of delayed enhanced MRI for identification of cardiac sarcoidosis: comparison with radionuclide imaging. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;185:110-5.
7. Smedema JP, Snoep G, Kroonemburgh MPG, Van Geuns RJ, Dassen WR, Gorgels AP, et al. Evaluation of the accuracy of gadolinium-enhanced cardiovascular magnetic resonance in the diagnosis of cardiac sarcoidosis. *J Am Coll Cardiol.* 2005;45:1683-90.
8. Pandeya C, Brunken RC, Tchou O, Shoenhagen P, Culver DA. Detecting cardiac involvement in sarcoidosis: A call for prospective studies of newer imaging techniques. *Eur Resp J.* 2007;29:418-22.