

Utilidad de la tomografía computarizada multidetector en pacientes con dolor torácico y sospecha de miocardiopatía hipertrófica apical

Sra. Editora:

El diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica apical (MHA) se basa en la demostración de la hipertrofia del miocardio en la región apical del ventrículo izquierdo, habitualmente mediante ecocardiografía¹. No obstante, el diagnóstico ecocardiográfico no siempre es posible, a menos que se emplee un agente de contraste que opacifique la cavidad ventricular y permita obtener la imagen típica en «as de picas»². Por otro lado, en pacientes con MHA, no es infrecuente que se sospeche enfermedad coronaria³. Dadas las limitaciones de la ecocardiografía y de las pruebas no invasivas de detección de isquemia en estos casos, la tomografía computarizada (TC) multidetector, que permite el estudio tanto del miocardio ventricular como del árbol coronario, emerge como una herramienta particularmente interesante para la valoración integral de estos pacientes.

Presentamos a 3 pacientes con MHA a los que se realizó una cardio-TC en nuestro centro para descartar enfermedad coronaria. El primero es un varón al que anteriormente se había realizado un ecocardiograma para cribado de miocardiopatía hipertrófica (pues se había diagnosticado la enfermedad a un hijo) que se informó como normal. Tres años antes había consultado por dolor torácico compatible con angina de esfuerzo, pero el ecocardiograma de ejercicio resultó negativo. En esta ocasión el paciente consultaba por progresión de la angina. El electrocardiograma (ECG) muestra ritmo sinusal, bloqueo incompleto de rama derecha y ondas T negativas, de elevada amplitud en V4-V5 (fig. 1). Se indicó una coronariografía mediante cardio-TC para descartar la enfermedad coronaria. El árbol coronario no mostró estenosis significativas. Al analizar la ventriculografía izquierda durante la cardio-TC, se observó un engrosamiento localizado de los segmentos apicales del miocardio ventricular izquierdo (fig. 1), lo que permitió el diagnóstico de MHA.

El segundo caso es el de una mujer de 67 años, con un ingreso previo por dolor torácico. En dicho ingreso el ECG mostró inversión de la onda T de baja amplitud; el ecocardiograma no evidenció alte-

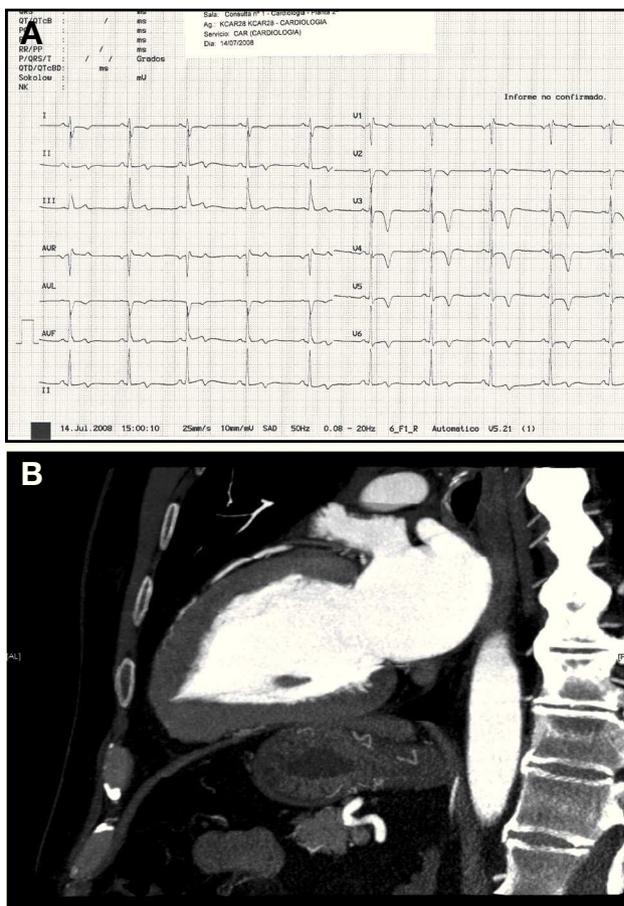


Fig. 1. A: ECG de 12 derivaciones que muestra las características ondas T invertidas profundas en derivaciones precordiales. B: proyección de eje largo vertical de dos cámaras obtenida mediante tomografía computarizada cardiaca en diástole; se observa la hipertrofia de los segmentos apicales del miocardio ventricular izquierdo y la imagen de la ventriculografía en «as de picas».

raciones significativas y una gammagrafía de perfusión miocárdica descartó una isquemia. En esta ocasión la paciente consultaba por persistencia del dolor torácico. El ECG muestra ritmo sinusal, con criterios de hipertrofia ventricular izquierda e inversión de la onda T en serie precordial, de amplitud > 0,5 mV en V4-V5. Se realizó nuevo ecocardiograma, en el que, ante la sospecha de MHA, se administró contraste ecocardiográfico, y apareció la imagen en «as de picas» compatible con MHA. Para descartar enfermedad coronaria se realizó coronariografía no invasiva mediante cardio-TC, que excluyó estenosis arteriales significativas y confirmó el engrosamiento de localización exclusivamente apical del miocardio, compatible con MHA.

El tercer caso es un varón de 35 años que ingresó por dolor epigástrico con irradiación ascendente. El



Fig. 2. A: ventriculografía izquierda obtenida mediante tomografía computarizada cardiaca, con la imagen característica de la miocardiopatía hipertrófica apical. B: reconstrucción tridimensional (*volume rendering*) del árbol coronario, en la que no se aprecian estenosis significativas.

paciente había sido diagnosticado previamente de miocardiopatía hipertrófica. En el ECG destaca infradesnivelación del ST de 2 mm en V3-V5 y ondas T negativas en DIII, aVF y V3-V6. Se realizó ecocardiograma, y en él ya se intuía la MHA, que se confirmó con la administración de contraste ecocardiográfico. Para descartar enfermedad coronaria, se optó por una coronariografía no invasiva mediante cardio-TC. En ésta, el árbol coronario no mostró lesiones significativas y se confirmó la MHA (fig. 2).

Nuestro primer caso subraya la importancia de completar con el análisis del ventrículo izquierdo el estudio de cardio-TC de pacientes remitidos para coronariografía no invasiva, sobre todo si el árbol coronario no muestra lesiones significativas y se han objetivado cambios del ECG compatibles con MHA. La utilidad de la cardio-TC en la valoración integral de la MHA ya se ha señalado a raíz de un caso clínico, en el que los autores describen a un paciente con MHA conocida y dolor torácico, en el que la coronariografía no invasiva demostró un trayecto intramiocárdico de la arteria coronaria descendente anterior⁴. Nuestra experiencia confirma la utilidad potencial de la cardio-TC en pacientes con dolor torácico en quienes, por el perfil clínico y las alteraciones del ECG, se plantea el diagnóstico diferencial o la concomitancia de MHA y enfermedad coronaria. En ellos la cardio-TC se podría proponer como la exploración diagnóstica de elección, pues permite el estudio combinado de la anatomía del miocardio y el árbol coronario.

Miryam Martínez^a, Juan A. Castillo-Moreno^a,
Luis Pérez-Milá^b y Pedro Cano-Vivar^a

^aServicio de Cardiología. Hospital Universitario Santa María del Rosell.
Cartagena. Murcia. España.

^bServicio de Radiología. Hospital Universitario Santa María del Rosell.
Cartagena. Murcia. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Louie E, Maron BJ. Apical hypertrophic cardiomyopathy: clinical and two-dimensional echocardiographic assessment. *Ann Intern Med.* 1987;106:663-70.
2. Florenciano R, Castillo JA, Molina E, García P, Egea S, Ortega J. Diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica apical con ecocardiografía de contraste. *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:1336-8.
3. Duygu H, Zoghi M, Nalbantgil S, Ozerkan F, Akilli A, Akin M, et al. Apical hypertrophic cardiomyopathy might lead to misdiagnosis of ischaemic heart disease. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2008;24:675-81.
4. Ghersin E, Lessick J, Litmanovich D, Engel A, Reisner S. Comprehensive multidetector CT assessment of apical hypertrophic cardiomyopathy. *Br J Radiol.* 2006;79:e200-e4. DOI: 10.1259/bjr/53601277.