



COMUNICACIÓN BREVE

Hendiduras miocárdicas: a propósito de 4 casos

S. Torga Sánchez^{a,*}, E. Santamarta Liébana^a, M. Martín^b y A. Saiz Ayala^a

^a Departamento de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^b Departamento de Cardiología del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Recibido el 14 de marzo de 2010; aceptado el 2 de julio de 2010

Disponible en Internet el 29 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Hendiduras;
Septo
interventricular;
Miocardio;
Anomalía congénita
cardiaca

KEYWORDS

Cleft;
Interventricular
septum;
Myocardium;
Congenital heart
defect

Resumen Las técnicas de resonancia magnética cardiaca (RMC) actuales permiten el reconocimiento de múltiples variantes anatómicas cardiacas, como las hendiduras miocárdicas.

Presentamos cuatro casos clínicos de hendiduras miocárdicas. Se trata de anomalías poco frecuentes y aparecen tanto en individuos sanos como en pacientes con diferentes afecciones cardiacas. Su etiopatogenia es desconocida, aunque se barajan varias hipótesis. Si bien la mayoría de las veces se trata de un hallazgo casual, es importante conocer su existencia porque pueden ser responsables de embolismos sistémicos.

© 2010 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Myocardial clefts: A report of four cases

Abstract Current cardiac magnetic resonance imaging (cMRI) techniques enable many heart defects, like myocardial clefts, to be detected.

We present four clinical cases of myocardial clefts. Myocardial clefts are uncommon abnormalities that are found in both healthy individuals and patients with different heart problems. The etiopathogenesis is unknown, although several hypotheses have been proposed. Although myocardial clefts are usually discovered incidentally, it is important to be aware of their existence because they can cause systemic embolisms.

© 2010 SERAM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La resonancia magnética cardiaca (RMC) permite el reconocimiento de múltiples variantes anatómicas cardiacas, como las hendiduras o *clefts* miocárdicos. Estas anomalías son

poco comunes y, de acuerdo con la bibliografía, se localizan en el septo interventricular, especialmente en los segmentos basales y medios^{1,2}.

Casos clínicos

Presentamos 4 casos de pacientes a los que se les realizó una RMC por distintos motivos. Los estudios se llevaron a cabo en un equipo de 1,5 teslas General Electric (Signa GE Medical Systems; Milwaukee, EE. UU.). En todos ellos se obtuvieron

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: selenatorga@hotmail.com
(S. Torga Sánchez).

secuencias de cine-RM FIESTA, doble IR potenciadas en T1 y de realce tardío.

El paciente número 1 acudió al servicio de Urgencias por sospecha de ictus isquémico subcortical parietal derecho, descubriéndose una arritmia por fibrilación auricular. Se realizó una ecocardiografía donde se visualizó una masa en el ápex con aspecto de trombo apical, por lo que se completó el estudio con una RMC. En las secuencias de cine-RM no se objetivaron alteraciones de la contractilidad, ni áreas de hiperrealce en las secuencias de realce tardío, identificando una hendidura miocárdica de gran tamaño (10 mm) en el segmento anteroseptal a nivel medio (fig. 1 a y b).

En el paciente número 2 el estudio se realizó para confirmar una miocardiopatía hipertrófica apical. Además de este hallazgo se visualizaron dos pequeñas hendiduras miocárdicas en el segmento inferoseptal a nivel basal (fig. 2 a-c).

El paciente número 3 fue estudiado para confirmar el diagnóstico de miocardiopatía no compactada (MNC). Además de los hallazgos típicos de esta entidad se evidenció una pequeña hendidura en la zona de unión del septo medio con el basal, sin flujo a su través (fig. 3 a y b).

Al paciente número 4 se le realizó una RMC por una sospecha de displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD), sin identificarse hallazgos patológicos; únicamente se apreció en las secuencias de cine-RM un defecto incompleto del septo interventricular a nivel medio, en relación con una pequeña hendidura (fig. 3 c y d).

Discusión

Las hendiduras miocárdicas se describieron por primera vez en 1816 y desde entonces se han publicado más de 400 casos. Estas anomalías son congénitas y aparecen en la cuarta semana del desarrollo embrionario³.

En las imágenes de RMC las hendiduras se visualizan como soluciones de continuidad incompletas del miocardio septal, en los segmentos basales y medios, sin flujo a su través y con una función contráctil normal. En las secuencias de realce tardío las hendiduras no se asocian a áreas de realce del miocardio septal.

Kantarci et al⁴ plantearon la posibilidad de que se tratara de pequeñas comunicaciones interventriculares (CIV) completas congénitas, que con el tiempo se cierran de forma parcial, pero actualmente su etiopatogenia es desconocida.

El tamaño de las hendiduras oscila entre unos pocos milímetros y 10 mm, como en el caso 1⁵.

Se han descrito dos tipos de hendiduras en función de su composición histológica: las musculares, que están formadas por miocardio con arquitectura normal, y por tanto con función contráctil sincrónica con el ventrículo; y las fibrosas, que están formadas mayoritariamente por tejido conectivo y se muestran aquinéticas. Estas últimas se encuentran descritas en la literatura como aneurismas ventriculares congénitos, y actualmente se consideran dos entidades claramente individualizadas, con distinta histología y características morfológicas^{5,6}.

La incidencia descrita en autopsias realizadas en pacientes que habían fallecido por enfermedad cardíaca es del 0,4%, aunque se cree que la incidencia en la población general es mayor, ya que muchos de los individuos portadores de esta alteración son asintomáticos⁵.

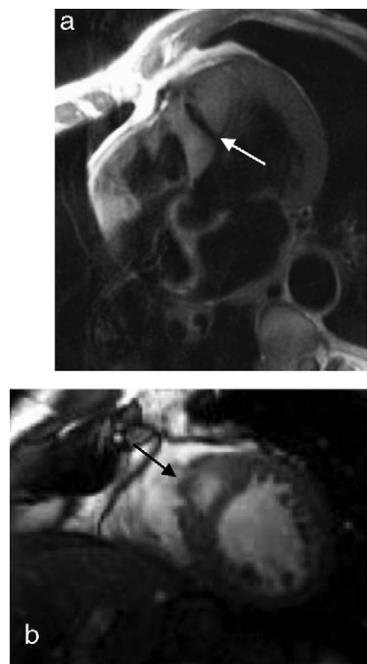


Figura 1 a) Secuencia doble IR en T1 en un plano cuatro cámaras. b) Secuencia FIESTA en el eje corto: hendidura de gran tamaño (10 mm) (flechas) en el segmento anteroseptal a nivel medio, que no corresponde a un aneurisma del septo, y que está situada en las proximidades del ápex, en el lado derecho.

En el estudio publicado por German et al¹ realizado en pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH), hasta un 81% de pacientes portadores de mutaciones relacionadas con esta enfermedad presentaban hendiduras miocárdicas, aunque todavía no hubiesen desarrollado la hipertrofia del miocardio, por lo que se sugirió la posibilidad de que estas anomalías representaran un estadio precoz de la enfermedad^{1,2}.

Se desconoce la etiología de estas hendiduras tanto en pacientes con MCH como en individuos sanos. No se ha demostrado que en estos últimos su presencia condicione una enfermedad miocárdica⁷. En nuestro caso 2 encontramos un paciente con MCH apical asociada a dos pequeñas hendiduras miocárdicas en el segmento inferoseptal a nivel basal.

En los casos de miocardiopatía no compactada (MNC) o en individuos con aumento de la trabeculación miocárdica que no cumplen criterios de MNC, se deben distinguir estas hendiduras de los recesos intertrabeculares profundos. Nuestro caso 4 presentaba MNC y una pequeña hendidura en la zona de unión del septo medio con el basal.

Las principales localizaciones de estas anomalías se detallan en un estudio realizado por Marijon et al⁶ donde establecieron dos categorías de hendiduras: las de localización apical, que se asociaban a defectos de la línea media toraco-abdominales y a otras malformaciones cardíacas; y las no apicales, que fueron siempre defectos aislados. Johansson et al⁸ describieron las hendiduras en dos ubicaciones: en el segmento inferobasal en individuos sanos, y en el septo medio-apical, observadas tanto en individuos sanos como en pacientes con distintas afecciones cardíacas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245666>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245666>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)