

SPECT de perfusión miocárdica con ^{99m}Tc -Tetrofosmin y SPECT torácica con Galio-67 en paciente con dolor torácico y antecedente de sarcoidosis

S. RODADO MARINA, V.M. POBLETE GARCÍA, A.M. GARCÍA VICENTE, S. RUIZ SOLÍS, M.P. TALAVERA RUBIO, M. CORTÉS ROMERA Y A. SORIANO CASTREJÓN

Servicio de Medicina Nuclear. Hospital General de Ciudad Real.

Resumen.—Presentamos el caso de un varón 54 años, con antecedentes personales de sarcoidosis diagnosticada años atrás y afectación cardíaca secundaria que, estando inicialmente asintomático, presenta un episodio de dolor torácico por lo que acude a urgencias del hospital. Durante las primeras horas de su ingreso cede el dolor con antiinflamatorios no-esteroides (AINE), el electrocardiograma (ECG) muestra cambios de repolarización precoz con afectación pericárdica, no eleva enzimas y en el ecocardiograma aparece un ligero derrame pericárdico. Se plantea el diagnóstico diferencial entre un dolor torácico de causa isquémica y el secundario a una miopericarditis en el contexto clínico de una sarcoidosis. Se solicita SPECT de perfusión miocárdica en reposo que resulta compatible con infarto agudo de miocardio (IAM) lateral con extensión a pared inferior. Se realizó coronariografía objetivándose enfermedad de dos vasos (CD y Cx), realizándose angiografía coronaria trasluminal percutánea (ACTP) y stent en ambas con buen resultado. Durante el ingreso se realizó una gammagrafía torácica y SPECT con Galio-67 que mostró una captación en pared lateral de ventrículo izquierdo (VI). No se encontraron datos de sarcoidosis activa.

PALABRAS CLAVE: infarto agudo de miocardio, dolor torácico, sarcoidosis, SPECT miocárdico, SPECT Galio-67.

MYOCARDIAL PERFUSION SPECT WITH ^{99m}Tc -TETROFOSMIN AND THORACIC SPECT WITH GALLIUM-67 SPECT IN PATIENT WITH CHEST PAIN AND HISTORY OF SARCOIDOSIS

Summary.—We present the case of a 54 years old male patient, with history of diagnosed sarcoidosis some years ago and myocardial involvement, who being asymptomatic, shows chest pain because of which he goes to the emergency room of the hospital. During the first hours of his admission the pain relieves with nonsteroidal antiinflammatory medication, an elec-

trocardiogram demonstrates changes of early repolarisation with pericardial involvement, the enzymes don't rise and the Echocardiogram reveals a slight pericardial effusion. The differential diagnosis is arise between a chest pain due to ischemia, and the secondary to myopericarditis in the clinic context of a sarcoidosis. Myocardial perfusion rest SPECT is required which is compatible with lateral acute myocardial infarction (AMI) with extension to inferior wall. A coronary angiography was carried out and showed two vessels disease (RCA and Cx), PTCA and stent were carried out successfully. During the admission a thoracic scintigraphy and SPECT with Gallium-67 showed an uptake in lateral wall of left ventricle (LV). Nothing about active sarcoidosis was found.

KEY WORDS: acute myocardial infarction, chest pain, sarcoidosis, myocardial SPECT, Gallium-67 SPECT.

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico consume muchos recursos en los Servicios de Urgencias, debido principalmente a la necesidad de descartar la presencia de isquemia miocárdica. Aunque el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) puede parecer obvio, en algunos pacientes no lo es. El electrocardiograma (ECG) es diagnóstico en solo dos tercios de los pacientes con IAM en el momento de su presentación inicial en el Servicio de Urgencias. No es infrecuente pues que se planteen diagnósticos diferenciales con otras patologías causantes de dolor torácico (por ejemplo, miopericarditis) en los Servicios de Urgencias, donde la SPECT de perfusión miocárdica en reposo está demostrando ser de gran utilidad. La sarcoidosis puede ser causa de dolor torácico y forma parte del grupo de enfermedades sistémicas y autoinmunes causantes de miopericarditis. La gammagrafía con Galio-67 incluye entre sus indicaciones la confirmación de enfermedad pulmonar inflamatoria activa en pacientes con sarcoidosis. También se ha descrito en la literatura captación de Galio-67 en el IAM.

Recibido: 20/10/04.
Aceptado: 15/12/05.

Correspondencia:

S. RODADO MARINA
Servicio de Medicina Nuclear
Hospital General de Ciudad Real
Tomelloso, s/n
13002 Ciudad Real
Correo electrónico: srodado@sescam.jccm.es

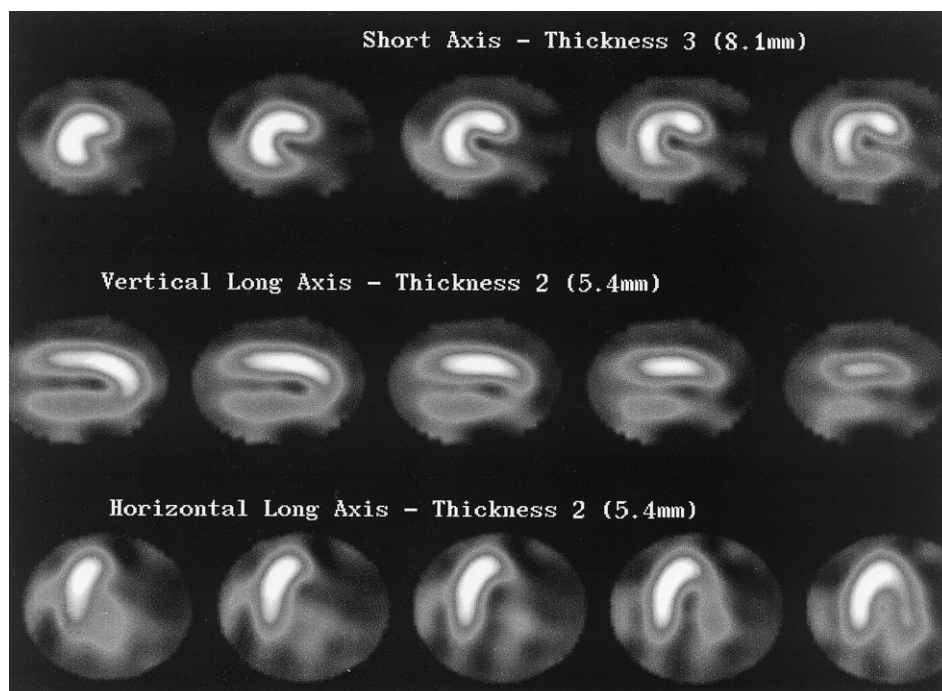


FIG. 1.—SPECT de perfusión miocárdica con ^{99m}Tc-Tetrofosmin: defecto de captación en pared inferolateral de VI.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 54 años que en el día previo a su ingreso y estando inicialmente asintomático, presenta un episodio de dolor opresivo retroesternal irradiado a cuello sin cortejo vegetativo mientras caminaba y que cedió espontáneamente en una hora.

El día del ingreso acude a urgencias del hospital con nuevo episodio de similares características pero de mayor intensidad que no cedió con analgésicos, por lo que decide consultar. Entre sus antecedentes personales figuran: fumador hasta 1985 y sarcoidosis diagnosticada en 1985, que cursó con miocardiopatía secundaria y alteraciones en el ECG que se normalizaron posteriormente. Desde hace dos años no ha seguido revisiones de este proceso. El paciente refiere que el dolor actual le recuerda a otros episodios previos en relación con la sarcoidosis. La exploración física es normal. El ECG se describe como ritmo sinusal con ascenso del ST en precordiales izquierdas muy sugerente de repolarización precoz con posible componente de afectación pericárdica; no se objetivan cambios en las dos horas siguientes al ingreso. En el ecocardiograma se objetivó mínimo derrame pericárdico y contractilidad normal. Las enzimas al ingreso fueron CPK de 100 UI/l, CPK-MB 8,3 UI/l. Durante todo el día presentó molestias que

fueron descendiendo con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), la nitroglicerina no mejoró el cuadro. Fue trasladado de planta a Unidad de vigilancia intensiva (UVI) por movimiento enzimático (en las primeras 12 horas de evolución se elevan CPK hasta 1245 UI/l; CPK-MB 117,3 UI/l; GOT 95 UI/l y LDH 896 UI/l). Se solicitó una SPECT de perfusión miocárdica con ^{99m}Tc-Tetrofosmin en reposo, que se realizó según protocolo convencional, donde se objetivó una ausencia de captación en pared lateral de VI con extensión a pared inferior (fig. 1), que se informa como compatible con IAM lateral con extensión a pared inferior. Ante los hallazgos en la SPECT se remite al paciente para realización de coronariografía, objetivándose lesiones en CD media del 95 % y Cx media del 95 %, realizándose ACTP e implantación de stent, en ambas, con buen resultado angiográfico inicial.

Se realizó, a los 9 días del ingreso, una gammagrafía con Galio-67 y SPECT torácico, objetivándose una captación de radiogalio en pared lateral de VI (fig. 2 [flecha]). Se realizaron espirometría basal, prueba de difusión de CO y niveles de enzima convertidora de angiotensina (ECA) que fueron normales. La evolución en planta fue buena tras tratamiento y fue dado de alta con el diagnóstico de cardiopatía isquémica: IAM lateral sin onda Q, sin secuelas evidentes de sarcoidosis en la actualidad.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4249386>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4249386>

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