

Imagen en cardiología

Miocarditis aguda: fenocopia de miocardiopatía hipertrófica apical

Acute myocarditis: phenocopy of apical hypertrophic cardiomyopathy

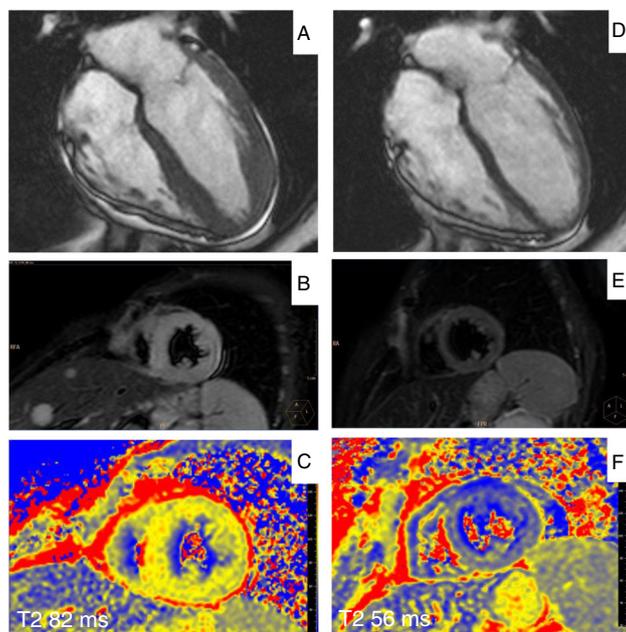
Juan Lizandro Rodríguez Hernández^{a,b,*}, Ana Martín García^{a,b} y Pedro L. Sánchez^{a,b}^a Unidad de Imagen Cardíaca, Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España^b IBSAL, CIBER-CV (ISCiii), Universidad de Salamanca (USAL), Salamanca, España

Figura 1.

Se presenta el caso de una mujer de 49 años con recurrencia de linfoma no Hodgkin de alto grado y disnea de esfuerzo, en estudio por sospecha de miocardiopatía hipertrófica apical por ondas T negativas simétricas en precordiales anteriores. La resonancia magnética (secuencias SSFP) muestra hipertrofia ventricular izquierda concéntrica de predominio apical (figura 1A). En las secuencias T2 weighted-Short Tau Inversion Recovery (T2w-STIR), destaca una hiperintensidad de señal (ratio intensidad de señal: 4), compatible con edema miocárdico difuso (figura 1B). La caracterización tisular multiparamétrica permite diagnosticar de miocarditis aguda por 2 criterios mayores según los criterios de Lake Louise modificados en 2018: tiempo T2 de 82 ms a nivel medio (normalidad local, 52 ± 4 ms) (figura 1C) y tiempo T1 nativo de 1.281 ms (normalidad local, 995 ± 36 ms), con volumen extracelular elevado, del 32%. No se observa realce tardío de gadolinio.

Se hace una nueva resonancia magnética tras el tratamiento con inmunoterapia con *Chimeric Antigen Receptor-T Cell* (CAR-T Cell), y se observa la normalización del grosor parietal de los 17 segmentos del ventrículo izquierdo (figura 1D, secuencia cine en telediástole) y la ausencia de signos de edema miocárdico, con normalización de las secuencias T2w-STIR (figura 1E) y los mapas paramétricos (figura 1F, mapa T2 a nivel medio).

Nuestro caso es el primero publicado en el que una miocarditis asociada con la recidiva tumoral se manifiesta como hipertrofia ventricular izquierda transitoria de predominio apical con morfología en «as de picas», semejando una miocardiopatía, lo que podría derivar en un error diagnóstico. El caso ilustra la relevancia de la caracterización tisular con técnicas multiparamétricas para un diagnóstico certero del paciente.

Esta figura se muestra a todo color solo en la versión electrónica del artículo.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: Lizandro.cardio@gmail.com (J.L. Rodríguez Hernández).

On-line el 4 de julio de 2020