



6001-577. UTILIDAD DE LAS DIFERENTES SECUENCIAS PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS MASAS CARDIACAS CON CARDIORRESONANCIA

Begoña Igual Muñoz, María Sagrario Lombardo Valera, Jordi Estornell Erill, Alicia Maceira González, Ana Bel Mínguez, Manuel Pérez Guillén, Lucía Doñate Bertolín y Anastasio Montero Argudo del ERESA, Hospital La Fe, Valencia, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba y Hospital La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La introducción en la práctica clínica de la resonancia (CRM) con secuencias específicas de perfusión y viabilidad aporta datos no reportados en la evaluación de las masas cardíacas. El objetivo de este trabajo es analizar la información clínica que aportan estas secuencias en la evaluación de las masas cardíacas por CRM.

Métodos: Revisamos retrospectivamente las bases de datos de CRM de dos hospitales (2008-2011) seleccionando masas con estudio CRM y diagnóstico de certeza anatomopatológico o por técnicas de imagen. Analizamos: 1º Intensidad de señal (hipo o hiper) en secuencias potenciadas en T1, T2. 2º Perfusión respecto al miocardio en secuencias de perfusión de primer paso 3º Presencia o no de realce tardío de gadolinio (RTG +/-). Evaluamos la eficacia diagnóstica de cada una de estas secuencias para el diagnóstico de malignidad (metástasis, trombos tumorales, linfoma: 8 pacientes (p)) o presencia de celularidad (tumores benignos, malignos y lesiones granulomatosas: 17p).

Resultados: Veintiocho (p) de edad media 46 ± 26 años, 19 (65%) mujeres. Cuatro mixomas, 3 trombos, 5 metástasis, 2 fibroelastomas, 2 trombos tumorales, 2 formaciones vasculares (pseudoaneurisma pulmonar y fístula arteriovenosa coronaria), 2 quistes pleuropericárdicos, 1 histiocitosis, 1 tuberculosis, 1 necrosis caseosa del anillo mitral, 1 fibroma, 1 lipoma, 1 linfoma, 1 rabdomioma y una degeneración mixoide valvular. Los tumores malignos mostraron predominantemente hipointensidad o isointensidad de señal en secuencias T1 6/8p ($p > 0,05$), hiperintensidad en T2 7/8 p ($p > 0,05$), hipoperfusión respecto al miocardio 7/8p ($p > 0,05$), y RTG+ en secuencias de viabilidad 8/8 ($p = 0,02$). Las masas celulares presentaron también hipo o isointensidad en T1 13/17p ($p > 0,05$), hiperintensidad en T2 15/17 ($p > 0,05$) y RTG 16/17 ($p = 0,001$). La presencia de RTG tiene una S de 92%, E: 92%, VPP: 93%, VPN: 92% para detectar la presencia de celularidad en la masa y una S: 100% E: 65% VPP: 53% y VPN 100% para el diagnóstico de malignidad.

Conclusiones: La presencia de RTG+ en una masa cardíaca nos permite detectar con excelente S y E la presencia de celularidad y es sensible pero moderadamente específica para el diagnóstico de malignidad.

6001-577.tif

Metástasis de angiosarcoma en aurícula derecha con RTG+.