

22 HENDIDURAS MIOCÁRDICAS MÚLTIPLES Y STROKE ¿CRIOGÉNICO?

Virginia Beneditto, Lucía Florio
Sanatorio Americano.

Introducción: las hendiduras miocárdicas son anomalías congénitas, se visualizan como soluciones de continuidad incompletas del miocardio. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, pero pueden ser la causa de embolias sistémicas, beneficiándose de tratamiento anticoagulante.

Caso clínico: paciente de sexo masculino de 51 años. Factores de riesgo CV (FRCV): HTA, dislipemia bajo tratamiento. Presenta ACV sin secuelas neurológicas catalogado como *stroke* criptogénico.

Pruebas complementarias: ECG RS P y PR normales. QRS fino. Repolarización sin alteraciones. ETT: VI de dimensiones normales con pequeña zona disquinética a nivel apical. FEVI conservada. RNM: VI levemente dilatado (volumen indexado 107 ml/m²) con grosor parietal normal (masa indexada 80 g/m²). Función sistólica mínimamente disminuida. FEVI 56%. Ápex disquinético con pequeña área aneurismática. A nivel apical no se visualiza claramente línea de miocardio (posible hendidura fibrosa de gran tamaño). Múltiples imágenes en sacabocado a nivel septal, del lado del VI y del VD y pared lateral con contracción sistólica compatible con hendiduras miocárdicas múltiples que ofrecen al ventrículo un aspecto “apolillado”. No se visualizan trombos intracavitarios. No se observan áreas de RT.



Figura 1

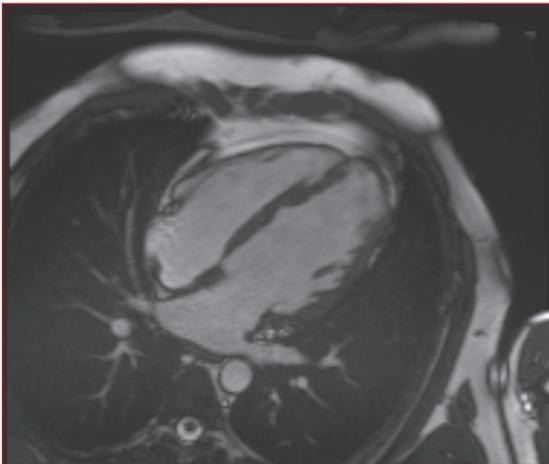


Figura 2

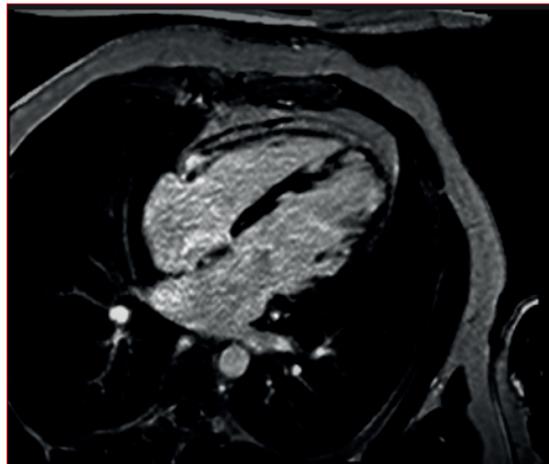


Figura 3

Diagnóstico: hendiduras miocárdicas múltiples.

Discusión: presentamos un caso de un paciente de 51 años con FRCV que presentó un *stroke* criptogénico. Se realiza ecocardiograma que evidencia disquinesia apical y RNM que evidencia hendiduras miocárdicas múltiples. Las hendiduras miocárdicas son anomalías congénitas que aparecen en la cuarta semana del desarrollo embrionario. En RNM las hendiduras se visualizan como soluciones de continuidad incompletas del miocardio septal, en los segmentos basales y medios, sin flujo a su través, con función contráctil

preservada. En las secuencias de realce tardío estas no asocian áreas de realce tardío. Las hendiduras pueden ser de dos tipos según su composición histológica: musculares y fibrosas, teniendo características morfológicas diferentes. Las musculares están formadas por miocardio con arquitectura normal, y por tanto con función contráctil normal y sincrónica con el ventrículo. Las fibrosas están formadas en su mayoría por tejido conectivo y son aquinéticas o disquinéticas, estas se describen también como aneurismas ventriculares congénitos. El hallazgo de hendiduras en RNM fue descrito en pacientes con mutaciones genéticas relacionadas con la MH, objetivándose en el 81% de los casos, de localización inferoseptal. Se encontró que estos pacientes tenían la mutación, pero no tenían hipertrofia ventricular, por lo que se plantea que su presencia podría determinar un estadio precoz de esta enfermedad. En una serie de 399 casos que incluían tanto voluntarios sanos como pacientes con cardiopatía se encontraron hendiduras en un 8% de los voluntarios sanos estudiados. La mayoría de los pacientes que presentan esta anomalía son asintomáticos, pero las hendiduras pueden en ocasiones ser la causa de embolias sistémicas, beneficiándose de tratamiento anticoagulante posterior al evento y en muy pocos casos tratamiento quirúrgico. En este caso nos planteamos la terapia anticoagulante para prevención del *stroke* y si las hendiduras grandes y múltiples puedan comprometer la función sistólica global del VI.