Utilidad de la Resonancia Magnética Cardíaca: patrón isquémico versus no isquémico

Ricardo Baeza

Pontificia Universidad Católica de Chile

Recibido 12 de noviembre 2010 / Aceptado 26 de noviembre 2010

Rev Chil Cardiol 2010; 29: 373

Uno de los usos de la Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) es el estudio de pacientes con falla cardíaca. El miocardio en condiciones normales no capta Gadolinio en la fase de viabilidad. Aplicando esta técnica es posible diferenciar distintos patrones de captación del contraste (realce), los cuales orientan el diagnóstico hacia una etiología específica.

De esta forma, aquellos pacientes que captan gadolinio respetando la zona subendocárdica y sólo captan en el mesocardio o en la región subepicárdica, son catalogados de patrones no isquémicos. Por el contrario, aquellos en los cuales el realce afecta la zona subendocárdica es característica de los patrones isquémicos. Estos a su vez pueden ser transmu-

rales o no transmurales.

Los patrones no isquémicos pueden verse en pacientes con fenómenos inflamatorios, o enfermedades infiltrativas del miocardio (ej. sarcoidosis, amiloidosis, etc.). En aquellos pacientes con patrones isquémicos, la transmuralidad de la cicatriz (grosor) es un elemento predictor de la viabilidad y de la recuperabilidad de ese segmento ante un eventual tratamiento de reperfusión.

De esta forma, en un paciente con falla cardíaca de origen no claro, es posible tener una orientación de la etiología de su cardiopatía usando RMC, una técnica no invasiva que no usa radiación ionizante.

Resonancia Magnética en paciente con miocarditis

A

B

Durante la secuencia de viabilidad, se observa captación del contraste (realce) en la paredes miocárdicas en eje corto (A) y en 4 cámaras (B). Esta realce respeta la zona subendocárdica, presentando una distribución mesomiocárdica.

Resonancia Magnética en paciente con infarto

A

B

Durante la fase de viabilidad en un paciente con infarto se observa realce de gadolinio que compromete la zona subendocárdica, lo cual es característico de las cicatrices de origen isquémico. Tanto en la visión de 4 cámaras (A) como en eje corto (B), se observa una extensa cicatriz que afecta a la pared septo apical.

Correspondencia:

Dr. Ricardo Baeza.
Departamento Enfermedades Cardiovasculares
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Email: rgbaeza@yahoo.com