

Imagen en cardiología

Muerte súbita cardiaca: la imagen vence al electrocardiograma**Sudden cardiac death: Imaging beats the electrocardiogram**

Alba Abril-Molina*, María Luisa Peña-Peña y José Eduardo López-Haldón

Área del Corazón, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

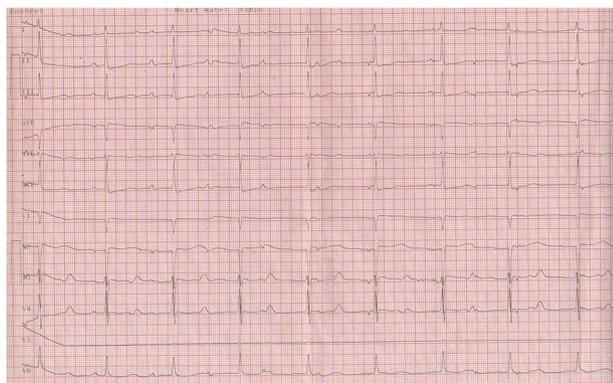


Figura 1

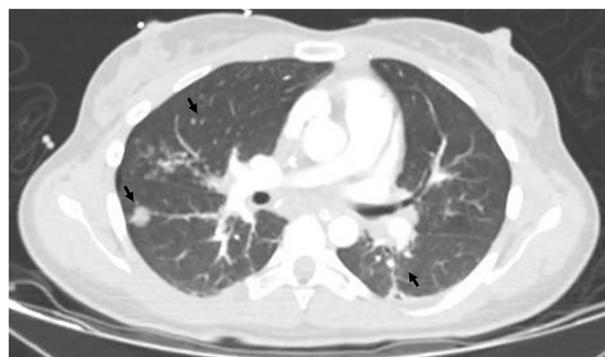


Figura 2

Mujer de 32 años, fumadora, con hipotiroidismo y epilepsia, que sufrió parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria recuperada (fibrilación ventricular). El electrocardiograma posparada (fig. 1) mostraba bloqueo auriculoventricular completo y QT corregido (QTc) de 580 ms. El QTc prolongado y los trastornos de la conducción se mantuvieron durante días, sin alteraciones iónicas ni fármacos que lo justificaran.

Se realizó tomografía computarizada (TC) craneal sin hallazgos patológicos, angiografía por TC torácica (fig. 2) que descartó tromboembolismo pulmonar y mostró prominencia bilateral y simétrica del tejido nodular broncopulmonar con

agregados nodulillares (flechas), y ecocardiografía transtorácica que evidenció disfunción ventricular izquierda moderada (fracción de eyección: 35%) con aquinesia septal basal-media e hipoquinesia inferior. Una coronariografía urgente descartó enfermedad coronaria.

Las lesiones de la TC torácica eran compatibles con sarcoidosis pulmonar. Estos hallazgos, junto con la disfunción ventricular izquierda y las alteraciones de la contractilidad septal, establecieron la sospecha de sarcoidosis cardiaca. Se realizó cardiorensonancia magnética (fig. 3) que mostró realce tardío de gadolinio extenso y parcheado (flechas), afectando principalmente al septo, hallazgos compatibles con la sospecha diagnóstica. No hubo alteraciones de intensidad de señal del miocardio en secuencias T2 y T2-STIR.

Tras iniciar tratamiento inmunosupresor mejoraron los trastornos de conducción, el intervalo QTc y la función

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aabrilmo@gmail.com (A. Abril-Molina).<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2019.06.002>

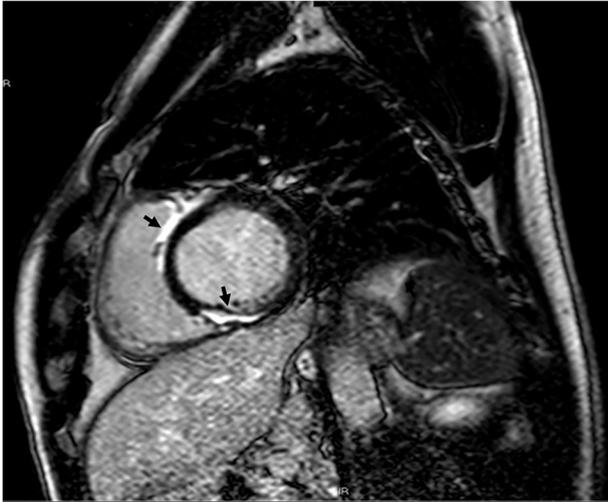


Figura 3

ventricular izquierda. Se implantó desfibrilador en prevención secundaria. Una biopsia pulmonar demostró inflamación granulomatosa no necrosante de tipo sarcoideo.

También se realizó estudio genético para descartar QT largo congénito que resultó negativo. En algunos casos de sarcoidosis cardiaca se ha descrito prolongación del intervalo QTc, lo que dificulta el diagnóstico diferencial en caso de arritmias ventriculares.