



# Resonancia magnética cardíaca en un caso de miopericarditis aguda

## Cardiac magnetic resonance in a case of acute myopericarditis

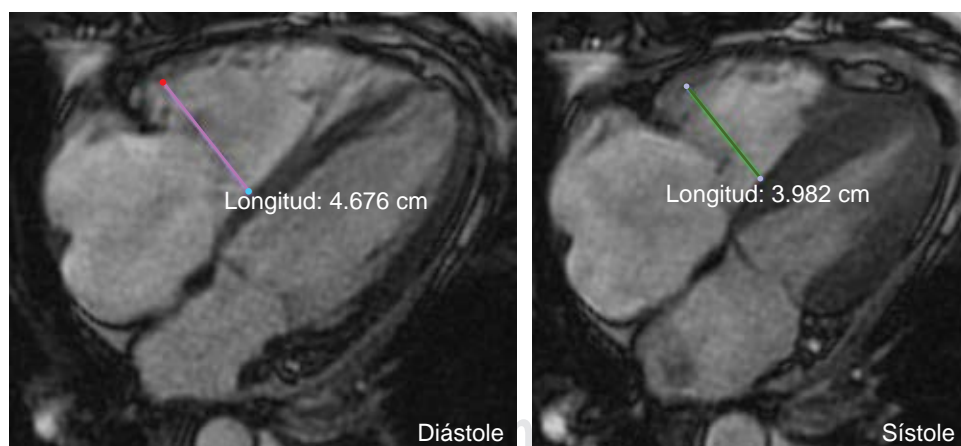
Jorge Ignacio Magaña Reyes,\* Luis Gerardo Domínguez Carrillo†

**Citar como:** Magaña RJ, Domínguez CLG. Resonancia magnética cardíaca en un caso de miopericarditis aguda. Acta Med Grupo Angeles. 2021; 19 (3): 392-393. <https://dx.doi.org/10.35366/101734>

Paciente masculino de 58 años de edad, diabético, hipertenso de 10 años de evolución, con pobre control y apego a tratamiento. Inició de forma insidiosa tres semanas atrás, mostrando edema de miembros inferiores y disnea nocturna. A la exploración dirigida, TA 160/90; FC 72 l/min; FR 22 r/min, temperatura 37.7 °C; ingurgitación yugular a 45°; campos pulmonares sin presencia de frémito táctil, disminución de ruidos respiratorios en ambas bases pulmonares y matidez a la percusión, ausencia de frotos.

Tras emitir los diagnósticos de insuficiencia cardíaca y derrame pleural bilateral a causa de probable miocarditis, se efectuó resonancia magnética cardíaca usando resonador Philips Achieva de 1.5 teslas portando antena cardíaca en fase de 32 canales, encontrando en proyección cuatro cámaras: ventrículo izquierdo con hipertrofia

anteroseptal ligera, movimiento de las paredes normal en los tres tercios, excepto por el *septum* interventricular, que mostró un movimiento de “rebote” protodiastólico. Sin evidencia de obstrucción al tracto de salida; no se identificaron defectos septales atriales o ventriculares; el ventrículo derecho levemente dilatado, sin hipertrofia, acusando hipocinesia de su pared lateral (*Figura 1*). El pericardio mostró engrosamiento desde 2.5 hasta 5.5 mm, además de edema, reforzamiento intenso con gadolinio y escaso líquido laminar, observándose edema y reforzamiento de la pared libre del ventrículo derecho (*Figura 2*). Se confirma diagnóstico de miopericarditis, acompañada de disfunción ventricular derecha leve debido a fracción de expulsión del ventrículo derecho de 45%; hipertrofia anteroseptal del ventrículo izquierdo revelando función



**Figura 1:**

Resonancia magnética de corazón, secuencia cine en cuatro cámaras. Demostró dilatación de cavidades derechas con insuficiencia tricúspide moderada.

\* Radiólogo. Gestalt Imagen. Hospital Villas del Campestre, León, Guanajuato. México.

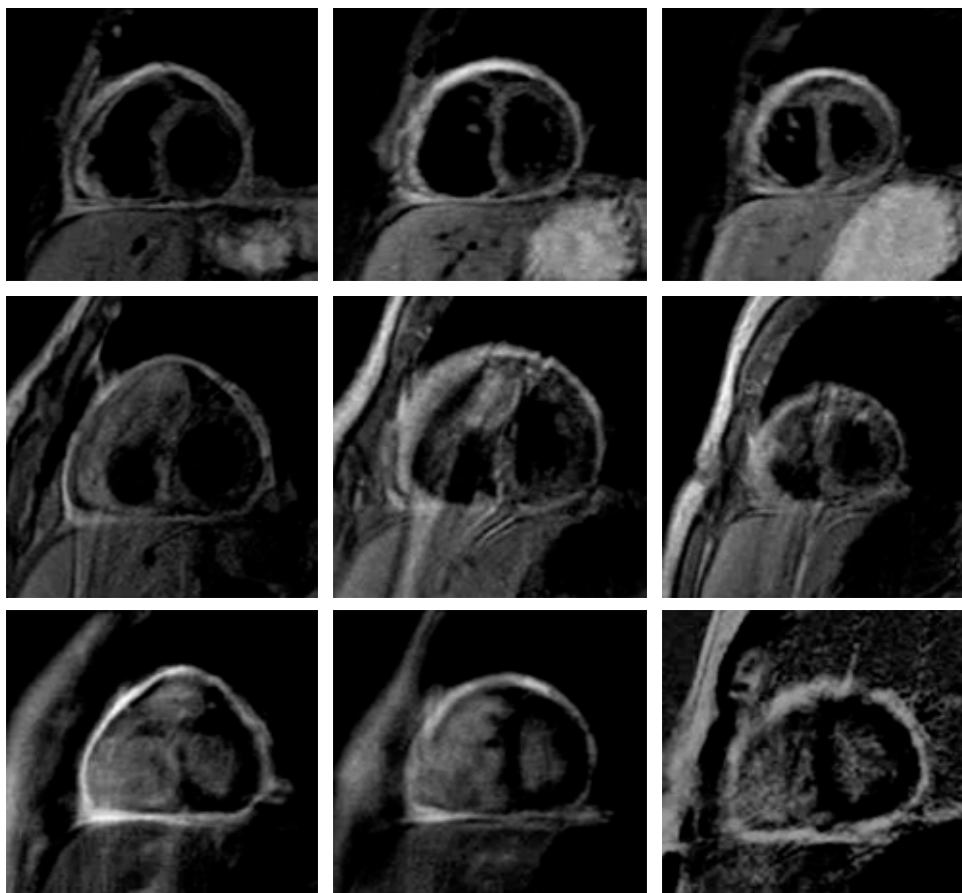
† Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato, Campus León. México.

### Correspondencia:

Jorge Ignacio Magaña Reyes  
Correo electrónico: [dr.jorgemaganar@gmail.com](mailto:dr.jorgemaganar@gmail.com)

Aceptado: 26-06-2020.





**Figura 2:**

Collage de imágenes en eje corto, la fila superior corresponde a secuencia T2-STIR, demostró edema y engrosamiento de pericardio. La fila intermedia e inferior corresponden a inversión recuperación para reforzamiento tardío, amplia hiperintensidad en el pericardio y en el miocardio del ventrículo derecho.

sistólica preservada (61%) y derrame pleural bilateral de predominio izquierdo.

Actualmente, la resonancia magnética cardíaca (RMC), utilizando técnicas de mapeo, tiene un área bajo la curva de  $\approx 90\%$  para el diagnóstico de inflamación aguda, por lo que resulta más precisa para determinar la miocarditis aguda en sujetos con menos de dos a tres semanas de sintomatología,<sup>1</sup> ya que, posteriormente, la cicatrización y la inflamación aparecen de forma similar, perdiendo la precisión diagnóstica,

que en etapas tardías resulta baja. En contraste, en pacientes hemodinámicamente inestables, la utilidad de la RMC es a menudo limitada por frecuencias cardíacas rápidas o irregulares y por el uso de ventilación mecánica.

## REFERENCIA

1. Tschope C, Cooper LT, Torre-Amione G, Van Linthout S. Management of myocarditis-related cardiomyopathy in adults. *Circ Res.* 2019; 124 (11): 1568-1583. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313578.