

# Infarto de músculo papilar posteromedial, diagnóstico por imagen

## Imaging Diagnosis of Posterior Medial Papillary Muscle Infarction

DIEGO VÁZQUEZ ALLER<sup>1</sup>, UXUE IDIAZABAL RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, NORA GARCÍA IBARRONDO<sup>1</sup>

Presentamos el caso de un varón de 55 años que consulta por episodios de dolor torácico irradiado a brazo izquierdo y cuello de una semana de duración. Desde hace 72 horas presenta el mismo dolor, con mayor intensidad, asociado a malestar general y palidez. En la exploración física destacan cifras de presión arterial de 172/118 mm Hg, con pulsos simétricos en miembros superiores e inferiores. Ante el dolor torácico persistente e hipertensión arterial, se realiza inicialmente una angiotomografía computarizada (angioTC) de aorta que descarta síndrome aórtico agudo, pero se objetiva una imagen nodular hipodensa en el ventrículo izquierdo (Figura 1.A, flecha roja).

El electrocardiograma muestra un infradesnivel del segmento ST inferolateral, con elevación ligera de troponina T, y el ecocardiograma únicamente evidencia un aumento del tamaño del músculo papilar (Figura 1.B, flecha verde), sin objetivarse trombos intracavitarios ni afectación valvular. Se decide realizar cateterismo emergente por persistencia del dolor

que muestra una lesión crítica distal en la arteria circunfleja y la rama posterolateral.

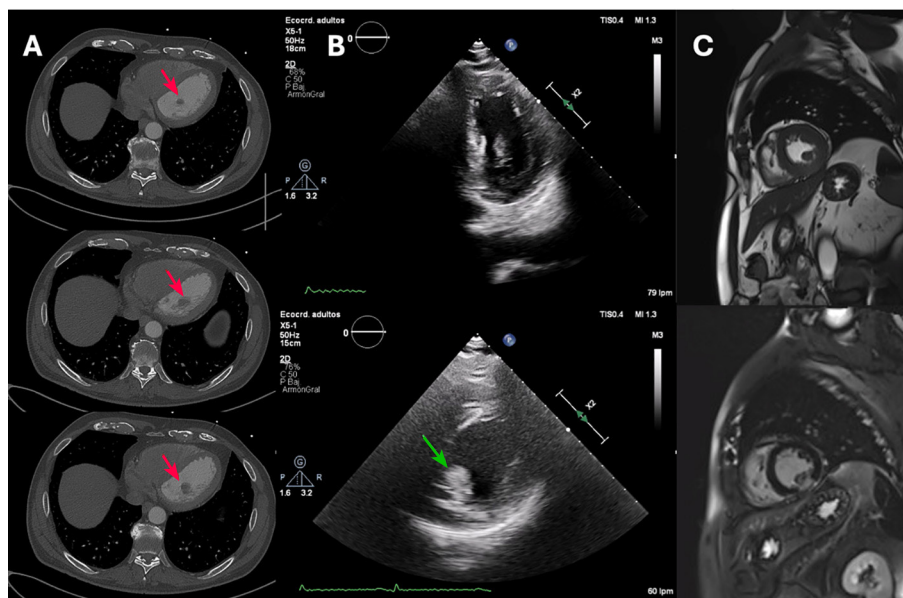
Finalmente, para completar el estudio se realiza una resonancia magnética cardíaca, que confirma la afectación del músculo papilar posteromedial, que se encuentra aumentado de tamaño en relación con edema, además de presentar la cabeza medial una zona de *no reflow* que corresponde a la imagen hipodensa intracavitaria visualizada en la TC (Figura 1.C).

Este caso muestra el hallazgo de un músculo papilar edematoso y prominente en contexto de síndrome coronario agudo, que puede suponer un reto diagnóstico inicial a la hora del diagnóstico diferencial de una masa intraventricular.(1-3)

### Declaración de conflicto de Intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la Web).



**Fig. 1.** Columna A. Cortes de angioTC. Columna B. Imágenes de ecocardiograma apical 2C y eje corto a nivel medio. Columna C. Secuencias de eje corto T1 y realce tardío

REV ARGENT CARDIOL 2025;93:382-383. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i5.20935>

Dirección para correspondencia: digovaller@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

<sup>1</sup> Hospital Universitario Basurto: Servicio de Cardiología, planta de hospitalización. Osakidetza. Bilbao, España

---

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Restrepo CS, Largoza A, Lemos DF, Diethelm L, Koshy P, Castillo P, et al. CT and MR imaging findings of benign cardiac tumors. *Curr Probl Diagn Radiol* 2005;34:12-21. <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2004.10.002>.
2. Motwani M, Kidambi A, Herzog BA, Uddin A, Greenwood JP, Plein S. MR imaging of cardiac tumors and masses: a review of methods and clinical applications. *Radiology* 2013;268:26-43. <https://doi.org/10.1148/radiol.13121239>.
3. Kirkpatrick JN, Wong T, Bednarz JE, Spencer KT, Sugeng L, Ward RP, et al. Differential diagnosis of cardiac masses using contrast echocardiographic perfusion imaging. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:1412-9. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2003.09.065>.