

**DANNA HARUMI PUAC PINEDA.**

**PATOLOGIA POR CARDIOMEGALIA.**

**4TO PARCIAL.**

**4TO SEMESTRE.**

**IMAGENOLOGIA.**

**DR. CALDERÓN HERNANDEZ FRANCISCO.**

**LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA.**

**04/07/2025.**

Introducción

La cardiomegalia, o agrandamiento del corazón, es un hallazgo clínico e imagenológico común que refleja una adaptación, patológica o no, del músculo cardiaco al aumento de carga o daño estructural. Puede observarse en una amplia gama de condiciones, desde hipertensión hasta miocardiopatías. Su importancia radica en la asociación con insuficiencia cardiaca, arritmias y aumento de mortalidad.

Etiología

La cardiomegalia puede causarse por factores genéticos, hemodinámicos, infecciosos, tóxicos o fisiológicos. Las principales causas descritas incluyen:

1. Enfermedad coronaria (infarto e isquemia repetitiva) – causa más frecuente.

2. Hipertensión arterial, provocando hipertrofia ventricular.

3. Valvulopatías (estenosis o insuficiencia), que generan sobrecarga de presión o volumen.

4. Cardiopatías congénitas: CIV, CIA, ductus, tetralogía de Fallot, coartación.

5. Enfermedades pulmonares: hipertensión pulmonar, EPOC, cor pulmonale.

6. Miocarditis infecciosa (vírica, Chagas, HIV).

7. Enfermedades infiltrativas: amiloidosis, sarcoidosis, almacenamiento (hemochromatosis), hipotiroidismo, acromegalia.

8. Factores tóxicos: alcohol, cocaína, quimioterapia, radiationes.

9. Arritmias crónicas: fibrilación atrial con taquicardia sostenida.

10. Enfermedades sistémicas de alto gasto: anemia, hipertiroidismo, beriberi, fístulas AV.

11. Cardiomegalia fisiológica: deportistas (corazón del atleta) y embarazadas.

12. Cardiomiopatías familiares, idiopáticas, periparto.

Factores atenuantes

Aunque la etiología es intensa, existen factores que pueden moderar o prevenir la progresión a cardiomegalia o sus complicaciones:

Control de la presión arterial: manejo con IECA/ARA II y beta‑bloqueadores.

Modificación de estilos de vida: dieta, ejercicio adecuado, evitar tóxicos (alcohol, cocaína) ￼.

Tratamiento precoz de valvulopatías y cardiopatías congénitas.

Tratamiento de miocarditis o patologías infiltrativas, incluso con inmunosupresores.

Monitoreo en atletas para diferenciar remodelado fisiológico de patológico.

Terapia médica de apoyo en insuficiencia cardiaca: diuréticos, antagonistas RAAS, anticoagulación.

Criterios de exclusión

Para diagnosticar miocardiopatía dilatada se requiere descartar las siguientes entidades:

Sobrecarga crónica de presión o volumen, como hipertensión grave o valvulopatías.

Cardiopatía isquémica significativa (estenosis > 50 % relacionada con disfunción ventricular).

Enfermedades infiltrativas, detectables por imagen (resonancia nuclear) o biopsia.

Arritmias persistentes que expliquen la disfunción.

Alteraciones congénitas no reparadas.

En miocardiopatía dilatada, por definición se excluyen las anteriores, confirmando dilatación + disfunción LV específica.

Diagnóstico

El diagnóstico requiere una valoración integral:

1. Historia clínica y examen físico: disnea, ortopnea, edema, palpitaciones, antecedentes personales o familiares.

2. Radiografía de tórax: relación cardiotorácica > 50 % sugiere cardiomegalia.

3. Electrocardiograma (ECG): voltajes elevados (LVH), arritmias.

4. Ecocardiograma: mide dilatación y función ventricular. Criterios: LVEDd > 117 % del normal o volumen superior a 2 DE, FEVI < 45 %. Identifica tipo (dilatada, hipetrofia, restrictiva).

5. Resonancia cardiaca: visualiza LGE, detecta infiltración (amiloidosis, sarcoidosis), área no isquémica.

6. Estudios adicionales: coronariografía (descartar isquemia), Holter, pruebas de esfuerzo, biopsia endomiocárdica según sospecha.

7. Laboratorio: troponinas, PCR, BNP, marcadores de infiltración (hierro, albúmina).

8. Autopsia: masa > 449 g (hombres) y > 399 g (mujeres) confirmatoria.

Series cardíacas

Las series de casos y estudios patológicos muestran:

En África tropical, prevalencia radiográfica del 5‑7 %. Entre 170 pacientes, la causa más frecuente fue hipertensión (39 %), luego miocardiopatía dilatada (22 %) y fibrosis endomiocárdica (14 %).

En Ghana, revisión de 1 318 autopsias con cardiomegalia: hipertensión es esencial en 55 %, hipertensión renal 23 %, miocardiopatías 6 %, cor pulmonale 4,6 %, valvulopatías 3,6 %.

En muertes súbitas, cardiomegalia fue la única causa arrítmica en 38–49 %, y se asoció con obesidad y raza afroamericana.

Discusión

La cardiomegalia no es una enfermedad, sino un síntoma/radiografía de daño o adaptación cardiaca. Su relevancia clínica es alta, debido a la asociación con mortalidad, ICC y arritmias fatales.

El diagnóstico temprano y la diferenciación entre formas patológicas y fisiológicas (como en atletas) es esencial.

Los hallazgos de series africanas destacan que la hipertensión no controlada sigue siendo la principal causa prevenible de agrandamiento cardíaco en muchas regiones.

Conclusión

La cardiomegalia es una señal clave en la que confluyen múltiples entidades patológicas y fisiológicas. Su abordaje requiere un diagnóstico riguroso, pensando siempre en causas tratables como hipertensión, valvulopatías e isquemia, así como en formas menos comunes. En regiones con bajo control de la presión arterial, la prevención y el manejo temprano son fundamentales para reducir su impacto clínico y social. El seguimiento adecuado puede revertir remodelados o, al menos, evitar progresión a insuficiencia y muerte súbita.

Referencias bibliográficas

Centro Médico ABC. *Cardiomegalia*. Señala mecanismos fisiopatológicos, principales causas (hipertensión, valvulopatías, anemia, alcohol, infecciones) y tratamiento farmacológico e intervencionista.

Mayo Clinic. *Corazón* *dilatado (cardiomegalia): síntomas y causas.* Describe la definición, síntomas, diagnóstico (radiografía, ecocardiografía, causas y manejo médico o quirúrgico).

ONsalus. *Cardiomegalia: definición, síntomas, grados y tratamiento.* Explica los grados de cardiomegalia y opciones terapéuticas médico-quirúrgicas.