



6060-379. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CARDIORRESONANCIA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MINOCA EN NUESTRO MEDIO

Esther Papiol Morales, Elena Gambó Ruberte, Eva Pueo Crespo, Dolors Viles Bertrán, Carlos Tomás Querol, Isabel Hernández Martín, Pablo Pastor Pueyo, Emilia Blanco Ponce, Immaculada Calaf Vall, Ignacio Barriuso Barrado, Gemma Mateus Porta, Tania Ramírez Martínez, Alba Bermúdez-Jiménez, Mireia Martínez Rubió y Fernando Worner Diz

Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El infarto agudo de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA) abarca diversas causas, tanto coronarias como no coronarias, suponiendo un desafío diagnóstico y siendo la cardiorresonancia (CRM) crucial para esclarecer el diagnóstico definitivo, si bien su disponibilidad es limitada. El objetivo de este trabajo es analizar la rentabilidad diagnóstica en práctica clínica real de la CRM en el diagnóstico diferencial del MINOCA, y determinar un punto de corte de máxima sensibilidad en el valor de troponina ultrasensible (TnUS) que permita evitar la realización de CRM innecesarias.

Métodos: Estudio descriptivo que incluye pacientes consecutivos ingresados por MINOCA desde agosto de 2018 hasta abril de 2024. A todos se les realizó una coronariografía, que descartó lesiones coronarias significativas y, en un plazo máximo de 30 días, una CRM para clarificar el diagnóstico. Se describen las características clínicas y de imagen de la muestra global y en función del diagnóstico final. Se realizó un análisis en base a curvas ROC para encontrar el punto de corte óptimo de TnUS.

Resultados: Se analizaron 94 pacientes, 53% varones, con una edad media de 58 años. La fracción de eyección mediana fue de 62%, un 33% tenía realce tardío y un 20% edema. La CRM permitió establecer el diagnóstico definitivo en 38 pacientes (40%). De estos, el 32% correspondía a un síndrome coronario agudo (SCA), el 24% a miocarditis, el 19% a síndrome *tako-tsubo*, el 24% a miocardiopatía, y 1 paciente tenía un tumor cardíaco. Las características clínicas de los pacientes se muestran en la tabla. En el análisis de regresión multivariante el pico de TnUS fue la única variable independiente significativa. El análisis ROC de los valores de TnUS mostró un buen rendimiento con un área bajo la curva de 0,80 (IC95%, 0,71-0,90; p 0,049) para la detección de un diagnóstico final. El punto de corte óptimo fue 2.261 pg/ml, con una sensibilidad del 65,8% y una especificidad de 92,4%. Un umbral de 122 pg/ml mostró una sensibilidad del 95%, lo que podría evitar un 18% de las CRM.

Características
clínicas de la muestra
global y en función
del diagnóstico final

Variable	Muestra global (n = 94)	No diagnóstico (n = 56)	SCA (n = 12)	Miocarditis (n = 9)	STK (n = 7)	Miocarditis (n = 9)	p
Sexo masculino n (%)	50 (53%)	28 (50%)	9 (75%)	3 (33%)	4 (57%)	5 (56%)	0,451
Edad (años) media ± DE	58 ± 15	60 ± 15	50 ± 16	52 ± 13	60 ± 22	57 ± 10	0,053
Hipertensión arterial n (%)	44 (47%)	25 (45%)	5 (42%)	3 (33%)	7 (100%)	4 (44%)	0,609
Diabetes mellitus n (%)	12 (13%)	7 (12%)	2 (17%)	1 (11%)	2 (29%)	0 (0%)	0,925
Dislipemia n (%)	37 (39%)	23 (41%)	5 (42%)	3 (33%)	4 (57%)	2 (22%)	0,680
Antecedentes familiares	13 (14%)	10 (18%)	1 (8%)	2 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	0,156
ECG patológico	75 (80%)	41 (73%)	10 (83%)	7 (78%)	7 (100%)	9 (100%)	0,046
Pico TnUS; p50 (p25-p75)	771 (161-3.383)	290 (117-1.130)	8.709,5 (4.298,5-12.241,5)	2.800 (655-22.994)	5.023 (2.261-22.496)	729 (150-4.675)	0,000
FEVI; p50 (p25-p75)	62 (57-68)	64 (60-69)	57 (53-60)	60 (44-66)	65 (47-72)	61 (56-68)	0,002
Anomalías regionales	18 (19%)	2 (4%)	8 (67%)	3 (33%)	3 (43%)	2 (22%)	0,000
Realce tardío gadolinio	31 (33%)	4 (7%)	12 (100%)	9 (100%)	1 (14%)	5 (56%)	0,000
Edema	19 (20%)	0 (0%)	9 (75%)	5 (56%)	5 (71%)	0 (0%)	0,000

SCA: síndrome coronario agudo;
STK: síndrome *takotsubo*;
TnUS: troponina ultrasensible.



Gráfico circular y curva ROC.

Conclusiones: La CRM permitió establecer el diagnóstico definitivo en un 40% de los pacientes con MINOCA con un NNT de 2,5. El punto de corte de máxima sensibilidad en el valor de TnUS se estableció en 122 pg/ml, por lo que un valor inferior evitaría un 18% de CRM innecesarias.