



6009-18. NUEVA APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE PERICARDITIS CONSTRICTIVA CON RM EN TIEMPO REAL

Jesús González Mirelis, Ana García-Álvarez, Leticia Fernández-Friera, Simonette Sawit, Valentín Fuster, Mario García y Javier Sanz del Mount Sinai Hospital, New York.

Resumen

Introducción: La RM cardíaca se ha utilizado tradicionalmente para demostrar el aumento de grosor pericárdico en la pericarditis constrictiva (PC). Sin embargo, la PC puede ocurrir en ausencia de engrosamiento pericárdico. Por lo tanto se requiere la demostración de una fisiología anormal como la interdependencia ventricular por cateterismo (técnica invasiva) y/o Doppler (a menudo limitado) para establecer el diagnóstico.

Objetivos: La RM en tiempo real puede cuantificar la interdependencia ventricular, lo cual puede ser de utilidad en el diagnóstico de PC.

Métodos: Se incluyeron 42 pacientes consecutivos a los que se realizó una RM cardíaca por sospecha de PC (23 varones, edad 60 ± 15 años). Un cardiólogo experto ciego a los resultados del estudio por RM cardíaca estableció el diagnóstico de PC basado en datos clínicos, en la información del cateterismo y del estudio eco-Doppler. Se obtuvieron imágenes de cine en eje corto del ventrículo izquierdo (VI) y del ventrículo derecho (VD) durante la respiración. Las medidas se realizaron en la protodiástole e incluyeron las áreas del VI y VD en inspiración y espiración (VI_i, VI_e, VD_i, VD_e, respectivamente). La interdependencia interventricular fue cuantificada como VD_i/VI_i dividido por VD_e/VI_e. Cuanto mayor es esta proporción mayor es el volumen del VD respecto al VI durante la inspiración y por lo tanto mayor interdependencia. La exactitud diagnóstica fue evaluada con el cálculo del área bajo la curva ROC (Receiver Operator Characteristics).

Resultados: Se estableció el diagnóstico de PC en 15 pacientes (36%). La proporción (VD_i/VI_i)/(VD_e/VI_e) fue significativamente mayor en los pacientes con PC ($1,66 \pm 0,62$) versus aquellos sin PC ($1,2 \pm 0,24$). El área bajo la curva ROC para el diagnóstico de PC fue 76% (IC95%: 58-94%) (fig.) Un punto de corte de 1,45 tuvo una sensibilidad de 62%, especificidad de 92%, valor predictivo positivo de 80% y un valor predictivo negativo de 82%.



Conclusiones: Los cambios en las áreas del VD y VI durante el ciclo respiratorio medidas con secuencias en tiempo real proporcionan unos datos no invasivos y exactos de la fisiología cardíaca que pueden ser complementarios a los obtenidos por el grosor del pericardio en PC.