



6041-537. SEGUIMIENTO DE MIOCARDITIS AGUDA CON RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA ¿ES ÚTIL REALIZAR RESONANCIA DE CONTROL A CORTO PLAZO A TODOS LOS PACIENTES?

María Lasala Alastuey, Ainhoa Pérez Guerrero, Esther Sánchez Insa, Elena Rivero Fernández, Ana Marcén Miravete, José Javier Salazar González, Luis Miguel Álvarez de la Fuente e Isabel Calvo Cebollero del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: La resonancia magnética cardiaca (RMC) es fundamental en el diagnóstico de miocarditis por su triple información: morfológica, funcional y de caracterización tisular. Permite el diagnóstico diferencial con el IAM y es útil en el seguimiento de pacientes sintomáticos. Nuestro objetivo fue analizar su uso como técnica diagnóstica de miocarditis y su utilidad en el seguimiento a corto plazo en nuestro medio.

Métodos: Estudio analítico observacional retrospectivo de todos los diagnósticos de miocarditis por RMC de 2006 a 2015. Evaluamos características clínicas, métodos diagnósticos, datos de RMC inicial y control, tratamiento y eventos en el seguimiento. Análisis estadístico con SPSS Statistics 18.

Resultados: De 30 pacientes con criterios diagnósticos por RMC de miocarditis, el 93,3% varones y edad media $31,9 \pm 13,8$ años. A todos se les realizó ETT, pero a ninguno biopsia endomiocárdica. El estudio de contractilidad segmentaria por RMC fue similar al estimado por ETT. El 96,7% (29) con áreas de hiperintensidad de señal en T2. En el 73,3% (22) detectamos áreas de realce subepicárdico en las secuencias de realce tardío de contraste, siendo su localización más frecuente inferolateral (43,3%). Ningún caso afectación de VD. El 80% (24) con RMC de seguimiento a $3,13 \pm 0,9$ meses. De ellos, en el 79,2% (19) desaparición de la hiperintensidad en T2. En la mitad (56,5% (13)) disminuyó el realce tardío de contraste, desapareció en 20% (6) y persistió en 13% (4). No se obtuvo significación estadística al comparar los parámetros de RMC inicial y control, aunque sí un descenso significativo del diámetro telediastólico por RMC ($53,7 \pm 5,2$ mm frente a $52,8 \pm 2,9$ mm; $p = 0,043$). Sin mortalidad durante el seguimiento a $3,7 \pm 1,8$ años. Reingresan 13,3% (4) casos por peri o miocarditis. No se consiguió correlacionar características de la RMC al ingreso y en el seguimiento de los casos con peor pronóstico en nuestra muestra.

Características basales de la muestra	N = 30
Edad	$31,9 \pm 13,8$
Sexo % v	93,3% (28)

Presentación clínica como “pseudoinfarto”	43,3% (13)		
Realización RMN de control	80,0% (24)		
Tiempo en meses hasta RMC de seguimiento	3,13 ± 0,9 meses		
Presencia de áreas de hiperintensidad en T2 en RMN diagnóstica	96,7% (29)		
Presencia de realce tardío en RMC diagnóstica	93,1 (28)		
Realce tardío subepicárdica, intramiocárdico o ambos en RMC diagnóstica	75,9% (22)	3,4% (1)	13,8% (4)
Localización realce tardío inferolateral, anteroseptal o septal, multifocal o difuso	46,4 (13)	14,3% (4)	39,3% (11)
Afectación VD	0%.		
FEVI media estimada por RMC al diagnóstico y al seguimiento	60,40 ± 9,39	62,89 ± 5,05	p = 0,524
Diámetro telediastólico por RMC al diagnóstico y al seguimiento	53,69 ± 5,24	52,15 ± 3,63	p = 0,043
Desaparición de áreas de hiperintensidad en T2 en RMC de seguimiento	89,0% (20)		
Disminución del realce tardío en RMC de seguimiento	58,3% (14)		
Desaparición de realce tardío en RMC de seguimiento	64,6% (31)		
Media de seguimiento en años	4,41 ± 2,56		
Recurrencia Miocarditis	12,5% (6)		
Mortalidad global en seguimiento	0%		

Conclusiones: En nuestra serie, en la mayoría de los pacientes existe una disminución del edema y de las zonas de realce tardío y un descenso significativo del diámetro telediastólico en la RMC de control. Un seguimiento a corto plazo con RMC en pacientes con miocarditis permite valorar la respuesta inflamatoria en la evolución y detectar precozmente posibles complicaciones, siendo necesario determinar con estudios más

amplios el momento óptimo para realizarla.