Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 53-54

Revista Española de Cardiología

4019-4. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA Y LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN LA MIOCARDITIS AGUDA

Rosa María Jiménez Hernández, José María Serrano Antolín, Carmen Critóbal Varela, Pedro Talavera Calle, Catherine Graupner Abad, Paula Awanleh García, María Luaces Méndez y Joaquín J Alonso Martín del Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Resumen

Introducción: La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es una complicación potencialmente grave de la miocarditis aguda (MA) que precisa de un diagnóstico preciso para iniciar un tratamiento precoz.

Objetivos: Determinar los predictores clínicos implicados en el desarrollo de disfunción ventricular izquierda (DVI) e ICA.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo y analítico de 100 ptes con el diagnóstico de MA incluidos entre 2004 y 2010. Criterios de inclusión: Cuadro de pericarditis aguda con elevación de troponina, o cuadro de dolor torácico con elevación de troponina y presencia de realce tardío (patrón subepicárdico parcheado) en la RM cardiaca.

Resultados: Edad media de 33 [14-74] años, 83% de varones. La DVI (FE < 50%) medida en el ecocardiograma precoz (< 24h), fue desarrollada en 15 ptes, de los cuales 4 desarrollaron ICA. Los marcadores de daño miocárdico (troponina I y CK) y los parámetros inflamatorios (recuento leucocitario, neutrófilos, PCR y VSG), se asociaron a un mayor riesgo de DVI e ICA (tabla). Por este motivo, se realizaron curvas Cor para determinar el nivel de troponina I con una mayor sensibilidad y especificad para DVI e ICA. En el caso de la DVI, se estableció un nivel de corte de la troponina I al ingreso de 4 mg/dl con un nivel de sensibilidad y de especificidad del 100% y 71% (p = 0,000), y para la ICA, un punto de corte para la troponina I al ingreso de 10 ng/dL, con un nivel de sensibilidad y especificidad del 85% y 80% (p = 0,009). La DVI se presentó siempre en las primeras 24 h del ingreso y los ptes con FE < 50% en el ecocardiograma inicial fueron los únicos que desarrollaron ICA. Ningún paciente con FEVI normal presentó ICA en la evolución (fig.). Además se observó una correlación inversa entre la FEVI y el grado de elevación de troponina I; a mayor elevación de troponina I mayor era el deterioro de la FEVI. Esta relación se demostró tanto con la troponina I al ingreso (p= 0,001), la troponina I pico (p = 0,000), la CK al ingreso (p = 0,006) y la CK pico (p = 0,000).

Conclusiones: La realización del ecocardiograma transtorácico y la determinación de troponina I son fundamentales para el diagnóstico precoz de la DVI en la MA. El ecocardiograma detecta precozmente los ptes con DVI que podrán desarrollar ICA, y la determinación de troponina I facilita el diagnóstico de DVI e ICA con una alta sensibilidad y aceptable especificidad.