



Revista Española de Cardiología



4019-6. VALOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA MIOCARDITIS AGUDA

Rosa María Jiménez Hernández, María Luaces Méndez, Jorge Cabezudo Pedraza, José María Serrano Antolín, Carmen Cristóbal Varela, Pedro Talavera Calle, Alejandro Curcio Ruigómez y Joaquín J. Alonso Martín del Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

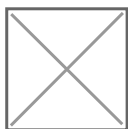
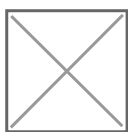
Resumen

Introducción: La RM cardiaca es una técnica no invasiva fundamental en el diagnóstico de la miocarditis aguda (MA), pero faltan datos sobre su utilidad pronóstica.

Objetivos: Conocer el papel de la RM cardiaca en el pronóstico de la MA.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo y analítico de 64 ptes con RM cardiaca y diagnóstico de MA, incluidos entre 2005 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, 84% de varones. De las 64 RM cardiaca realizadas: 43 ptes (67,2%) presentaron realce tardío (RT) con gadolinio, patrón lineal (20 ptes) y parcheado (23 ptes). La localización del RT se detectó en región inferolateral (32 ptes), anterior (4 ptes) o difusa con afectación septal (3 ptes). La elevación de los marcadores de daño miocárdico al ingreso y pico se asoció con la presencia de RT en la RM (tabla) y con su extensión medida en porcentaje de masa miocárdica con captación de gadolinio, con una R de Spearman de 0,71; $p < 0,000$ y 0,64; $p < 0,000$ para la troponina I y CK pico respectivamente. Con respecto a la FEVI, se objetivó que los ptes con menor FEVI al ingreso presentaron con mayor frecuencia RT en la RM ($65,38 \pm 5,2\%$ frente a $58,82 \pm 10,37\%$, $p = 0,003$), con una correlación entre el porcentaje de masa miocárdica y la fracción de eyección de 0,518; $p = 0,004$. La detección de RT aumentó el riesgo de presentar el “endpoint” combinado de complicaciones totales (disfunción ventricular izquierda, insuficiencia cardiaca aguda, arritmias, derrame pericárdico) [RR de 1,45 (1,03-2,03); $p = 0,047$], DVI [RR de 1,41 (1,16-1,72); $p = 0,004$] e ICA [RR de 1,11 (1,01-1,21); $p = 0,05$] y no se relacionó con la presencia de arritmias y derrame pericárdico. Además el riesgo DVI e ICA fue estadísticamente superior en los ptes con mayor porcentaje de masa miocárdica con RT.



Conclusiones: La RM cardiaca es una técnica no invasiva fundamental para el diagnóstico de MA. La presencia de RT así como el porcentaje de masa miocárdica con gadolinio es superior cuanto mayor es la afectación miocárdica medida por la concentración de marcadores de daño miocárdico y el deterioro de la FEVI. La presencia de RT así como su extensión empeoran el pronóstico y predicen el riesgo de desarrollar DVI e ICA.