



7002-9. BIOPSIA ENDOMIOCÁRDICA EN CORAZÓN NATIVO: DESCRIPCIÓN Y RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA SERIE MÁS LARGA PUBLICADA EN ESPAÑA

Marta Jiménez-Blanco Bravo, Eusebio García-Izquierdo Jaén, Juan Francisco Oteo Domínguez, José Antonio Fernández Díaz, Francisco Javier Goicolea Ruigómez, Pablo García Pavía, Javier Segovia Cubero y Luis Alonso Pulpón del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La biopsia endomiocárdica (BEM) en corazón nativo es una herramienta útil para el diagnóstico de ciertas enfermedades miocárdicas, y su uso se ha extendido de forma clara en la última década. Sin embargo, existe aún mucha controversia acerca de sus indicaciones, su seguridad y su rentabilidad diagnóstica.

Métodos: Se evaluó de forma retrospectiva una cohorte de 158 pacientes sometidos a 168 procedimientos de BEM en corazón nativo entre enero de 2004 y abril de 2017 en un único centro en España.

Resultados: Un total de 158 pacientes (edad media $51,8 \pm 17,3$ años, 60,7% varones) se sometieron a 168 procedimientos de BEM, de los cuales 147 fueron biopsias selectivas de ventrículo derecho (87,5%), 20 de ventrículo izquierdo (11,9%) y 1 biventricular (0,6%). El acceso vascular más frecuente fue vía femoral ($n = 138$, 82,1%), seguido de vía cefálica/basílica ($n = 16$, 9,5%) y arteria radial ($n = 10$, 6%), obteniéndose una media de $3,49 \pm 1,43$ muestras en cada procedimiento. La duración media del mismo fue de $42,7 \pm 19,9$ minutos (figura 1A), con un tiempo de escopia medio de $12,1 \pm 6,9$ minutos. La tasa de complicaciones mayores fue del 5,4%, incluida una taquicardia ventricular monomorfa sostenida que requirió cardioversión eléctrica, 4 taponamientos cardíacos y un accidente isquémico transitorio tras biopsia biventricular. Ningún paciente falleció. La indicación más frecuente de BEM fue sospecha de enfermedad restrictiva o infiltrativa ($n = 75$, 44,6%), seguida de estudio de disfunción ventricular ($n = 51$, 30,4%) y sospecha de miocarditis ($n = 36$, 21,4%) (figura 1B). Se obtuvo diagnóstico anatomopatológico definitivo en el 50,6% de los casos: 38 amiloidosis (45,7%), 26 miocarditis (31,3%), 7 cambios compatibles con miocardiopatía hipertrófica (8,4%), 7 fibrosis endomiocárdicas (8,4%) y 1 sarcoidosis (1,2%), siendo la rentabilidad diagnóstica mayor en casos de sospecha de enfermedad restrictiva o infiltrativa (64%) (tabla).



Figura 1A (arriba). Figura 1B (abajo).

Rentabilidad diagnóstica

Indicación	n (% del total)	Diagnóstico AP positivo, n	Rentabilidad diagnóstica (%)
Estudio de disfunción ventricular	49 (29,9)	17	34,7
Sospecha de infiltrativa/MCR	75 (45,7)	48	64
Sospecha de miocarditis	34 (20,7)	16	47,1
Arritmias	4 (2,4)	1	25
Tumores cardiacos	1 (1,2)	1	50
Total	164 (100)	83	50,6

MCR: miocardiopatía restrictiva.

Conclusiones: La BEM, en un centro de experiencia, permite alcanzar un diagnóstico etiológico en la mitad de los procedimientos a expensas de una discreta tasa de complicaciones.