

## 5016-3. SUPERIORIDAD DE LOS CRITERIOS INMUNOHISTOQUÍMICOS SOBRE LOS CRITERIOS DE DALLAS EN EL DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITIS Y MIOCARDIOPATÍA INFLAMATORIA

Fernando Domínguez Rodríguez<sup>1</sup>, Rafael José Cobas Paz<sup>2</sup>, Juan Francisco Oteo Domínguez<sup>1</sup>, Francisco Hernández Pérez<sup>1</sup>, Manuel Gómez Bueno<sup>1</sup>, Clara Salas Antón<sup>1</sup>, Marta Cobo Marcos<sup>1</sup>, Esther González López<sup>1</sup>, Luis Enrique Escobar López<sup>1</sup>, Silvia Vilches Soria<sup>1</sup>, Cristina Daniela Mitroi<sup>1</sup>, Pablo García Pavía<sup>1</sup> y Javier Segovia Cubero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid). <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra).

### Resumen

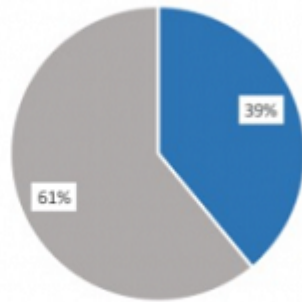
**Introducción y objetivos:** La biopsia endomiocárdica (BEM) es la prueba gold-standard para el diagnóstico de miocarditis o miocardiopatía inflamatoria (MI). Tradicionalmente se han considerado los criterios de Dallas para definir histológicamente una BEM positiva. Las técnicas inmunohistoquímicas (IHQ) podrían complementar el análisis histológico de la BEM aumentando su sensibilidad. El objetivo de este estudio es comparar la rentabilidad de ambas técnicas en una serie de pacientes con sospecha de miocarditis y MI.

**Métodos:** Se incluyeron todas las BEM realizadas a pacientes con sospecha de miocarditis o MI entre 1997 y 2019 en un único centro español. Se estableció el diagnóstico histológico por los criterios de Dallas (infiltración linfocitaria + necrosis) y/o criterios inmunohistoquímicos (IHQ) (presencia de  $> 14$  leucocitos/mm<sup>2</sup>, entre ellos 4 monocitos/mm<sup>2</sup> con  $> 7$  linfocitos T CD3-positivos/mm<sup>2</sup>).

**Resultados:** Entre 1997 y 2019 se realizaron 102 BEM en 99 pacientes con sospecha de miocarditis o MI. En el 67% de los casos fue de ventrículo derecho (VD), 29% de ventrículo izquierdo (VI) y 4% de ambos. El 67% eran varones, con una edad media de  $42 \pm 15$  años y FEVI media inicial  $32 \pm 14\%$ . El 27% de las BEM fueron positivas empleando criterios de Dallas. En 83 de ellas se emplearon análisis IHQ, y el 47% cumplía criterios de miocarditis (frente al 28% con criterios de Dallas en este grupo,  $p 0,001$ ). En el 32% de los pacientes la indicación fue miocarditis aguda con inestabilidad hemodinámica o arritmias ventriculares, en el 68% restante fueron casos de MCD subagudas o crónicas ( $> 3$  meses). La rentabilidad con criterios de Dallas e IHQ en casos agudos fue 39% y 48%, respectivamente ( $p = 0,7$ ). En subagudos/crónicos 23% con Dallas y 47% con IHQ ( $p 0,001$ ). Tras un seguimiento medio de  $24 \pm 42$  meses, el 25% de los pacientes con criterios de Dallas se sometieron trasplante cardiaco, implante de asistencia ventricular o murieron frente a un 63% de los pacientes con IHQ positiva, aunque la diferencia no fue significativa con respecto a los pacientes sin evidencia de inflamación.

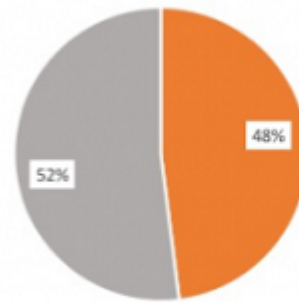
## Sospecha de miocarditis aguda

Criterios de Dallas



■ Positivo ■ Negativo

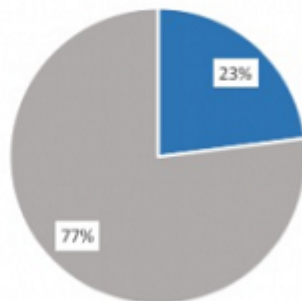
Inmunohistoquímica



■ Positivo ■ Negativo

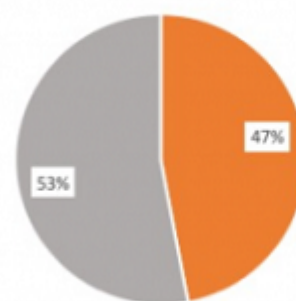
## Sospecha de miocarditis / miocardiopatía inflamatoria subaguda o crónica

Criterios de Dallas



■ Positivo ■ Negativo

Inmunohistoquímica\*



■ Positivo ■ Negativo

\*: p<001 vs. Criterios de Dallas

*Rentabilidad de inmunohistoquímica vs criterios de Dallas en miocarditis y miocardiopatía inflamatoria.*

**Conclusiones:** Las técnicas inmunohistoquímicas son superiores a los criterios de Dallas para la evaluación histológica de pacientes con miocarditis/MI, particularmente en las formas subagudas o crónicas. Se recomienda generalizar el uso de la IHQ para la evaluación de pacientes con sospecha de miocarditis o MI sometidos a BEM.