



6020-11. MIOCARDITIS AGUDA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE CONFUSIÓN?

Rosa María Jiménez Hernández, Luis Manuel García Linacero, Carmen Cristóbal Varela, Carlos Gutiérrez Landaluce, José María Serrano Antolín, Javier Alonso Bello, Elena Magallanes-Ribeiro Catalán, Pedro Luis Talavera Calle, Iria Andrea González García, Catherine Graupner Abad y Alejandro Curcio Ruigómez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocarditis aguda (MA) es una enfermedad inflamatoria del músculo cardíaco cuyo síntoma fundamental, el dolor torácico (DT) es compartido también por la cardiopatía isquémica, lo que complica el diagnóstico diferencial. Ambas entidades comparten elementos comunes que generan confusión. El error diagnóstico conlleva a tratamientos no indicados con riesgo de complicaciones. El objetivo del estudio es valorar qué características clínicas provocan confusión y las complicaciones derivadas de su tratamiento.

Métodos: Estudio prospectivo de 190 pacientes consecutivos con MA en el Hospital Universitario de Fuenlabrada entre enero de 2005 a 2020. Se recogen variables clínicas, analíticas y de imagen. Se valoran las características diferenciales entre los pacientes con MA sometidos o no coronariografía (CNG) y las complicaciones derivadas del tratamiento tanto al ingreso como en el seguimiento a 14 años.

Resultados: Se incluyen 190 pacientes, en su mayoría varones (82,6%) jóvenes (31 años). El dolor torácico (98%), fue de perfil pericárdico (58%) y simulando un SCA (42%). Fueron sometidos a CNG 49 pacientes, que mostraron de forma significativa mayor edad (45 vs 27 años, $p > 0,001$), mayor número de FRCV (2 o más) (60 vs 22%, $p 0,001$) y ausencia del síndrome febril previo (20 vs 41%; $p = 0,003$). El cuadro clínico fue generalmente atípico (sin criterios clínicos de pericarditis) (42,3 vs 2,5%; $p 0,001$); predominando el DT de características coronarias (53,7 vs 9,3%; $p 0,001$), y el ECG con trazado normal o T invertida (49 vs 18,6%; $p = 0,001$). Las alteraciones en la contractilidad segmentaria (56,4 vs 18%; $p 0,001$) favorecieron la realización de CNG. Sin embargo estos pacientes no mostraron más disfunción ventricular, insuficiencia cardíaca o arritmias, pero sí una mayor recurrencia del DT (48 vs 22%; $p = 0,004$), por un menor uso del AINE (90,9 vs 17,3% $p 0,001$).

Características de los pacientes con MA a los que se realiza un coronariografía

Total (N = 190)	Coronariografía (N = 49)	No coronariografía (N = 141)	p
-----------------	--------------------------	------------------------------	---

Edad (años)	31 [14-74]	27 [14-74]	45 [22-72]	0,001
Sexo (varón)	157(82,6%)	38 (24%)	119 (33%)	0,001
Miopericarditis previa	19 (10%)	3 (16%)	46 (27%)	0,225
FRCV (2 o más)*	20 (10,5%)	12(60%)	37 (22%)	0,001
Síndrome febril previo	136 (71,6%)	27 (20%)	22 (41%)	0,003
Dolor pericárdico	108 (56,8%)	10 (9,3%)	36 (53,7%)	0,001
Frote pericárdico	27 (14,2%)	4 (14,8%)	45 (27,6%)	0,234
ECG				
(T negativa/normal)	51 (32%)	25 (49%)	24 (18,6%)	0,001
Estadio 1 Spodick	123 (64,7%)	17 (13,8%)	32 (48%)	0,004
Caso típico*	79 (41,6%)	2 (2,5%)	47 (42,3%)	0,001
TAS (mmHg)	126 ± 17,9	128 ± 17,8	126 ± 17,4	0,476
Frecuencia cardiaca (lpm)	82 ± 18	80 ± 19	83 ± 17	0,100
Cardiomegalia	19 (10%)	2 (10,5%)	47 (27,5%)	0,095
Troponina I al ingreso (ng/dl)	2,9 [0,01-149]	2,28 [0,1-56,6]	4,1 [0,01-149]	0,681
Recuento leucocitario (ul)	10.110 [4.100-27.400]	9.200 [4.500-19.700]	10.400 [4.500-27.400]	0,095
Neutrófilos (%)	70,7 [11-91}	71 [31-90]	71 [11-91]	0,473

Alt. contractilidad segmentaria	39 (20,5%)	22 (56,4%)	27 (18%)	0,001
Realce tardío en CRM	86 (71,1%)	24 (28%)	11 (31%)	0,429
Dolor recurrente al ingreso	27(14,2%)	13 (48%)	36(22%)	0,004
Reingreso	19 (10%)	1 (5,3%)	48 (28%)	0,021

Variables asociadas a la realización de coronariografía. FRCV: factores de riesgo cardiovascular. *caso típico: incluye a pacientes que cumplen 2 de 3 criterios de pericarditis.

Conclusiones: La MA es un cuadro clínico que con frecuencia simula un SCA. Las variables que nos llevan a la confusión incluyen la edad, la presencia de FRCV y ausencia de síndrome febril previo. El cuadro clínico suele ser atípico tanto en la presentación del dolor torácico, como en el ECG. El ecocardiograma no ayuda al diagnóstico diferencial, y la presencia de alteraciones de la contractilidad favorece la realización de la CNG. La administración de antiagregantes y anticoagulantes no aumenta el riesgo de complicaciones en el seguimiento.