



15. EL PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN PACIENTES CON MINOCA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Rebeca Mata Caballero¹, Renée Olsen Rodríguez², Rocío Abad Romero², Alfonso Fraile Sanz², Cristina Perela Álvarez², Daniel Nieto Ibáñez², Bárbara Izquierdo Coronel², María Álvarez Bello², María Martín Muñoz², Nuria Gil Mancebo², Paula Rodríguez Montes², María Jesús Espinosa Pascual², M. Teresa Alberca Vela², Jesús Ángel Perea Egido² y Joaquín J. Alonso Martín¹

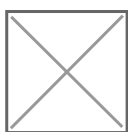
¹Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe Madrid, España y ²Hospital Universitario de Getafe, Getafe Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En pacientes con infarto agudo de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA), la causa subyacente no siempre se conoce. Se recomienda la resonancia magnética cardiaca (RMC) como una prueba clave en el estudio del MINOCA porque puede excluir miocarditis, síndrome de *tako-tsubo* y miocardiopatías, así como confirmar infarto agudo de miocardio (IAM). Sin embargo, la RMC no está ampliamente disponible. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el papel de la RMC en pacientes con MINOCA en la práctica clínica habitual en un hospital no terciario del sistema de salud.

Métodos: Analizamos 62 pacientes consecutivos con MINOCA ingresados en nuestro Hospital Universitario desde 2019 hasta enero de 2023. La base de datos fue revisada por un grupo de expertos que aseguraron que los pacientes con MINOCA cumplían los criterios de las guías europeas de cardiología de 2020 y del documento de posición de la American Heart Association. Se excluyó el síndrome de *tako-tsubo*. De acuerdo con estas guías se recomienda la RMC en la evaluación de pacientes MINOCA.

Resultados: Solo en 32 pacientes, correspondientes al 52% de los pacientes con MINOCA, se realizó RMC, debido a la limitada disponibilidad de esta prueba en nuestro sistema de salud. De las RMC realizadas, el 46% aportó el mecanismo subyacente de la MINOCA: miocarditis (21%) o confirmación de IAM (25%). El resto de RMC fueron normales (54%) (figura). Aunque los pacientes con RMC normal tenían una TropT hs media significativamente más baja (236,02 frente a 794,02 ng/L, $p = 0,03$), los niveles de troponina no pudieron discriminar a los pacientes con RMC normal. Así, hasta el 33% de los pacientes con RMC patológica tenían un nivel de TropThs inferior a 244 ng/L (que era la mediana de la serie). No hubo diferencias significativas en otros biomarcadores (PCR, CK) ni en parámetros clínicos o analíticos. Tampoco hubo diferencias en el pronóstico en el seguimiento (muerte o reingresos) entre pacientes con RMC normal y pacientes con RMC diagnóstica.



RMC en pacientes con MINOCA.

Conclusiones: 1) En la práctica clínica habitual, solo al 52% de los pacientes con MINOCA se les realizó RMC. 2) De los pacientes a los que se les realizó RMC, proporcionó el mecanismo subyacente del MINOCA

en el 46% de ellos. 3) Aunque el nivel de TropTbs fue más bajo en pacientes con RMC normal, el nivel de troponina no fue útil para seleccionar a los pacientes que más se beneficiarían de dicha prueba.