Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 644

Revista Española de Cardiología

6030-15. UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIAS NO OBSTRUCTIVAS. ESTUDIO RETROSPECTIVO MONOCÉNTRICO EN VIDA REAL (2011-2020)

Íñigo Pereiro Lili, Uxue Idiazabal Rodríguez, Ana Ruiz Rodríguez, Ane Elorriaga Madariaga, Amaya Arregui López, Abel Andrés Morist, Garazi Ramírez-Escudero Ugalde, Arantza Manzanal Rey, Mireia Codina Prat, Íñigo Lecumberri Cortés, Silvia Cisneros Carpio, Alex Grande Astorquiza, Íñigo Gorostiza Hormaetxe, Lara Ruiz Gómez y Nora García Ibarrondo

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Bizkaia.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudio retrospectivo en pacientes con infarto agudo de miocárdico (IAM) según la 4ª definición con coronarias sin lesiones obstructivas entre el 1/1/11 y 31/12/20 a los que se les solicitó una resonancia magnética cardiaca (RMC).

Métodos: Objetivo principal conocer la utilidad de la RMC para englobar a estos pacientes en los 3 grupos diagnósticos principales (isquemia, miocarditis y síndrome de *tako-tsubo* (STT)). Como objetivos secundarios se han realizado 2 análisis: El primero para comparar características basales, parámetros de RMC (edema, tipo realce...), variables del cuadro clínico (niveles de troponina T ultrasensible (TnT)-ng/l p. ej.) y variables de resultados (mortalidad, ingresos por IAM, etc.) entre los 3 grupos diagnósticos principales. El segundo de ellos compara las mismas variables del punto anterior pero entre 2 grupos: aquellos en los que se ha obtenido un diagnóstico final (STT, isquemia y miocarditis) vs aquellos en los que no.

Resultados: Fueron estudiados 81 pacientes (29 isquemia, 7 STT, 20 miocarditis y 25 con diagnóstico desconocido). La RMC confirmó el diagnóstico en los casos con una única sospecha diagnóstica pretest en 32 pacientes (39,5%); definió el diagnóstico entre los casos con ? 2 sospechas iniciales en 12 pacientes (14,8%); en 7 pacientes (8,6%) el diagnóstico cambió radicalmente respecto a la sospecha clínica inicial; en 5 pacientes (6,2%) definió el diagnóstico cuando no había sospecha alguna; y para finalizar en 25 pacientes (30,9%) no aclaró el diagnóstico. Con respecto al análisis entre los 3 grupos diagnósticos principales se observaron diferencias significativas en ciertas variables (tabla). Comparando los pacientes sin y con diagnóstico final se observaron diferencias significativas en la edad (63,08 vs 56,93 años; p = 0,037), edema (0 vs 76,8% p = 0,000), realce tardío (8,7 vs 89,3% p = 0,000), niveles de TnT (232 vs 1164; p = 0,000), tiempo desde el diagnóstico hasta la realización de la RMC (16,24 vs 7,38 días; p = 0,026) e IAM en el seguimiento (8 vs 0%, p = 0,032), respectivamente.

Comparación de algunas variables entre los 3 grupos de diagnóstico principales

	Isquemia (n = 29)	STT (n = 7)	Miocarditis (n = 20)	p

Edad (media ± DE)	62,07 ± 11,45	62,57 ± 17,83	47,50 ± 18,75	0,005
Sexo n (%)	Varón 13 (44,8%) Mujer 16 (55,2%)	Varón 0 (0%) Mujer 7 (100%)	Varón 14 (70%) Mujer 6 (30%)	0,005
Hipertensión arterial n (%)	15 (51,7%)	4 (57,1%)	3 (15%)	0,021
Dislipemia n (%)	13 (44,8%)	1 (14,3%)	5 (25%)	0,178
Diabetes mellitus n (%)	4 (13,8%)	1 (14,3%)	1 (5%)	0,588
Bloqueadores beta n (%)	7 (24,1%)	1 (14,3%)	2 (10%)	0,431
IECA/ARA-II n (%)	11 (39,3%)	3 (42,9%)	0 (0%)	0,005
Estatina n (%)	11 (37,9%)	0 (0%)	4 (20%)	0,088
Edema n (%)	22 (75,9%)	6 (85,7%)	15 (75%)	0,834
Realce n (%)	29 (100%)	1 (14,3%)	20 (100%)	0
Tipo realce n (%)	Subepicárdico + intramiocárdico 0 (0%) Isquémico 29 (100%) Intramiocárdico 0 (0%) Subepicárdico 0 (0%)	Subepicárdico + intramiocárdico 0 (0%) Isquémico 0 (0%) Intramiocárdico 1 (100%) Subepicárdico 0 (0%)	Subepicárdico + intramiocárdico 8 (40%) Isquémico 0 (0%) Intramiocárdico 3 (15%) Subepicárdico 9 (45%)	0
Número de segmentos afectos (media ± DE)	2,31 ± 1,44 segmentos	3 segmentos	4,15 ± 3,26 segmentos	0,035

FEVI-Rm (media ± DE)	53,9 ± 10,41%	55,57 ± 3,86	57,95 ± 7,33	0,297
Tipo cuadro n (%)	SCASEST 20 (69%)	SCASEST 5 (71,4%)	SCASEST 11 (55%)	0,553
	SCACEST 9 (31%)	SCACEST 2 (28,6%)	SCACEST 9 (45%)	
Troponina T-US ng/l (media ± DE)	1.134,48 ± 1.193,71	452,86 ± 317,07	1.458,19 ± 1.673,67	0,233
Mortalidad n (%)	2 (6,9%)	0 (0%)	1 (5%)	0,765
Ingresos por IC n (%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0,4
Ingreso Ictus n (%)	1 (3,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0,623
Ingreso IAM n (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1

Conclusiones: La RMC es una técnica con una rentabilidad diagnóstica alta en este escenario. Se han hallado diferencias significativas en diferentes variables en los 2 subestudios realizados como en el segundo análisis en los niveles de TnT o el tiempo hasta la realización de la RMC, parámetros que pueden tener relevancia a la hora de indicar la RMC.