Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 122

Revista Española de Cardiología

5005-10. ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA RESONANCIA CARDIACA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA DE ETIOLOGÍA NO ISQUÉMICA INICIALMENTE?

Ana Torremocha López, Silvia Cayetana Valbuena, Regina Dalmau González-Gallarza, Lucía Fernández Gassó, Elena Refoyo Salicio, Gabriela Guzmán Martínez, Leonel Díaz González, Emilio Cuesta López, Sandra Rosillo Rodríguez, Juan Caro Codón, Emilio Arbas Redondo, Eduardo R. Armada Romero, Esther Pérez David y José Raúl Moreno Gómez

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La primera causa de muerte súbita cardiaca es la cardiopatía isquémica, pero frecuentemente evaluamos pacientes en los que se excluye. Con la evaluación inicial con ecocardiograma, ciertas alteraciones morfológicas o funcionales pueden pasarse por alto. La resonancia cardiaca (RMC) está recomendada en supervivientes de parada cardiorrespiratoria (PCR) sin causa subyacente clara (IB). Existe una ausencia de datos de estudios multicéntricos. Nuestro objetivo es valorar si la RMC contribuye a aclarar la etiología de la PCR en nuestro medio.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de supervivientes de PCR con buen resultado neurológico con sospecha de causa cardiaca ingresados en Cardiología desde octubre 2016 hasta abril 2024, sin lesiones coronarias significativas o que se considerasen responsables. Se realizó RMC para estudio etiológico, y de manera individualizada, test de provocación o genética. Se recogen características basales y resultados de pruebas complementarias.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes (tabla). La media de edad era 50,9 años, más de la mitad varones y la mayoría ritmo desfibrilable. Un 40,6% obtuvo variante de significado incierto o patogénica en la genética. La RMN encontró en un 31,3%, 18,8%, 9,4% y 9,4% disfunción sistólica, dilatación, hipertrofia y alteraciones morfológicas inespecíficas de ventrículo izquierdo (VI), respectivamente. Asimismo, objetivó en un 9,4%, 6,3% y 6,3% disfunción sistólica, dilatación y alteraciones morfológicas de ventrículo derecho (VD), respectivamente. Destacamos que encontramos datos de fibrosis difusa o enfermedad intersticial en 21,9%, edema en 18,8% y realce tardío patológico en VI y/o VD en 40,6%. La gráfica muestra el diagnóstico por RMN y diagnóstico final en función de la sospecha inicial. La RMN reclasificó un 37,5% de pacientes y ofrece el diagnóstico en 62,5%.

Datos demográficos, variables basales, resultados de pruebas complementarias, implante de DAI y resultados de RMN	
	Total pacientes (n = 32)
Edad - años	50,9 ± 14,3

Sexo varón-n (%)	20 (62,5)
Hipertensión arterial-n (%)	10 (31,3)
Diabetes mellitus tipo 2-n (%)	1 (3,1)
Dislipemia-n (%)	8 (25)
Tabaquismo activo-n (%)	4 (12,5)
Cardiopatía previa-n (%)	2 (6,3)
Antecedentes familiares MS-n (%)	6 (18,8)
Ritmo inicial desfibrilable-n (%)	28 (87,5)
ECG con alteraciones (%)	20 (62,5)
Ecocardiograma con alteraciones-n (%)	21 (65,6)
Arterias coronarias sin lesiones-n (%)	26 (81,3)
Ergometría/test ortostatismo/test farmacológicos positivo- n (%)	1 (3,1)
EEF-n (%)	2 (6,3)
Genética con variante significado incierto o patogénica-n (%)	13 (40,6)
Implante DAI-n (%)	22 (68,8)
Mapa T1 elevado-n (%)	7 (21,9)
Secuencias T2 (STIR y mapa T2) elevado-n (%)	6 (18,8)
Realce tardío patológico VI y VD-n (%)	13 (40,6)

MS: muerte súbita; ECG: electrocardiograma; EEF: estudio electrofisiológico; DAI: desfibrilador automático implantable; VI: ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho. Variables cuantitativas expresadas como media ± desviación estándar.

Diagnóstico por RMC y diagnóstico final en función de la sospecha de la etiología de la PCR tras estudio inicial.

Conclusiones: La RMN es una prueba no invasiva que constituye una herramienta valiosa en el contexto de la PCR de causa inicialmente no isquémica, proporcionando una evaluación completa de estructura, función cardiaca y caracterización tisular. El uso rutinario de RMC tras una PCR disminuye el porcentaje de pacientes clasificados como fibrilación ventricular idiopática y reclasifica el diagnóstico en más de una tercera parte, con las consecuencias que ello tiene en el manejo y pronóstico del paciente y sus familiares.