


# Resonancia magnética cardiaca en el MINOCA: identificación de un subgrupo con patrón embólico e implicaciones terapéuticas

Pau Aracil Boigues(1), Javier Moya Fernández(1), María Lourdes Andreu Sempere(1), Miguel Antonio Benedito Pallarés(1), Lídia Gómez-Elegido Tenés(1), Irene Serrano Pastor(1), Adrián Valverde Tavira(1), Mikola Harvat Shchesniy(1), Carlos Ramón Calatayud(1), Javier Poves Gómez(1), Josep Lluís Melero Ferrer(1), Lorenzo Fácila Rubio(1), Begoña Igual Muñoz(1) y Rafael Payá Serrano(1) de (1)Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España

Introducción: El infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas (MINOCA) constituye un síndrome heterogéneo cuya etiología puede redefinirse mediante resonancia magnética cardiaca (RMC). El objetivo fue evaluar su capacidad para reclasificar la etiología e identificar un subgrupo con patrón sugestivo de infarto embólico y su repercusión clínica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 33 pacientes con diagnóstico de MINOCA sometidos a RMC desde 2019, excluyendo miocarditis y síndrome de Takotsubo. El rediagnóstico se clasificó según el patrón de realce tardío en isquémico, embólico/ateroembólico o RMC normal. Se analizaron variables clínicas, arritmias supraventriculares, biomarcadores y tratamiento al alta.

Resultados: La RMC permitió redefinir la etiología en 26 pacientes (79%): patrón isquémico en 22 (67%), embólico/ateroembólico en 4 (12%) y RMC normal en 7 (21%). El grupo embólico presentó mayor prevalencia de arritmias supraventriculares y mayores niveles de troponina pico. En 3 de los 4 pacientes (75%), la evaluación clínica permitió identificar una causa potencialmente embolígena que condicionó anticoagulación al alta: fibrilación auricular de novo en 2 casos y trombo apical en 1. En el caso restante, sin etiología identificada, se realizó monitorización ambulatoria sin hallazgos relevantes.

Conclusiones: En pacientes con MINOCA sin miocarditis ni Takotsubo, la RMC permite redefinir la etiología en un alto porcentaje de casos e identificar un subgrupo con patrón sugestivo de infarto embólico. En estos pacientes, la evaluación etiológica dirigida puede tener implicaciones diagnósticas y terapéuticas relevantes.

**Características clínicas, biomarcadores y tratamiento según patrón en RMC.**

| Variable | Isquémico (n=22) | Embólico (n=4) | RMC normal (n=7) |
|---|---|---|---|
| Troponina I pico (mediana, ng/mL) | 2181 | 7321,5 | 266 |
| FEVI media (%) | 54 | 48,5 | 60,9 |
| Extrasistolia (%) | 23 | 50 | 0 |
| FA/TSV (%) | 4,5 | 25 | 0 |
| Anticoagulación al alta (%) | 0 | 75 | 0 |

FEVI=fracción de eyección del ventrículo izquierdo. FA=fibrilación auricular. TSV=taquicardia supraventricular. RMC=resonancia magnética cardiaca.