


# Rentabilidad diagnóstica de la resonancia magnética cardiaca en la miocarditis aguda: análisis de la cohorte PreMYO según los criterios ESC 2025

Beatriz Poyatos Herraiz(1), Domingo A. Pascual Figal(1), Alejandro Riquelme Pérez(2), Ángel Manuel Iniesta Manjavacas(3), Miguel González Montes(4), Silvia López Fernández(5), Fernando Domínguez Rodríguez(6), Aitor Uribarri González(7), Carlos González Juanatey(8), Marcelo Sanmartín Fernández(9), María Martín Fernández(10), Elvis Amao(11), Omar Montenegro Guijalba(2), Azahara Mª García Serna(2) y Álvaro Pinar Abellán(12) de (1)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Universidad de Murcia. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB) y CIBERCV. Arrixaca, Murcia - España, (3)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (4)Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España, (5)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España, (6)Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid - España, (7)Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (8)Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo - España, (9)Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid - España, (10)Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias (Asturias) - España, (11)Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus (Tarragona) - España y (12)Hospital Vega Baja, Orihuela (Alicante) - España

Introducción: Una de las novedades de las recientes guías ESC25 es que por primera vez establecen nuevos criterios de diagnóstico no invasivo de miocarditis confirmada, basados en la resonancia magnética cardiaca (RMNc) y los criterios de Lake Louis. El objetivo de este estudio es evaluar el fenotipo de presentación y la rentabilidad diagnóstica de la RMNc en pacientes con sospecha de miocarditis, según el diagnóstico final revisado utilizando los nuevos criterios de las guías ESC25.

Métodos: La cohorte Pre-MYO es un registro nacional, prospectivo, observacional y multicéntrico, que incluye pacientes con sospecha de miocarditis procedentes de 76 hospitales y 17 Comunidades Autónomas. Para el presente análisis se seleccionaron pacientes con estudio de RMNc realizado durante la hospitalización y diagnóstico revisado por un comité de expertos, en base a las guías ESC25.

Resultados: De los 534 pacientes con diagnostico revisado y RMNc, 327 (61%) presentaron miocarditis confirmada, pero en 207 (39%) no pudo confirmarse con los criterios ESC25. Los pacientes con miocarditis confirmada eran más jóvenes y más frecuentemente varones, menor prevalencia de factores de riesgo clásicos, niveles más elevados de PCR y troponinas a su presentación, pero sin diferencias en FEVI. En la RMNc la presencia de realce tardío y el alargamiento de T2 fueron los principales parámetros que llevaron al diagnóstico confirmado de miocarditis, si bien hasta un 33% de los pacientes con miocarditis no confirmada presentaban algún criterio T1 aislado. De forma significativa, la RMNc fue realizada de forma más precoz en el grupo de miocarditis confirmada. La biopsia sólo se realizó en un 6,1%. En un 36% de pacientes con miocarditis confirmada, y un 48% no confirmada, se realizó una coronariografía. Por último, hasta el 36% de los pacientes con miocarditis no confirmada tampoco tuvieron un diagnóstico alternativo.

Conclusiones: En pacientes con sospecha de miocarditis aguda, la RMNc sólo permitió alcanzar el diagnóstico definitivo en el 61% de casos. A pesar de que las guías ESC25 promueven el uso de la RMNc para el diagnóstico de miocarditis, se precisa de mejoras tanto en la indicación (probabilidad a priori) como en los criterios diagnósticos actuales (precisión), para mejorar su rentabilidad diagnóstica en la práctica clínica.

**Características basales, pruebas complementarias y hallazgos por imagen en la cohorte preMyo.**

| Variable | Total (n=534) | Miocarditis descartada (n=207) | Miocarditis confirmada (n=327) | valor p |
|---|---|---|---|---|
| Edad (años), media ± DE | 39.72 ± 17.68 | 44.76 ± 19.09 | 36.54 ± 15.96 | <0.001 |
| Sexo (Hombres), n (%) | 416 (77.9) | 138 (66.7) | 278 (85.0) | <0.001 |
| **FRCV Clásicos, n (%)** | | | | |
| Hipertensión | 98 (18.4) | 55 (26.6) | 43 (13.1) | <0.001 |
| Diabetes | 37 (6.9) | 20 (9.7) | 17 (5.2) | 0.116 |
| Dislipidemia | 96 (18.0) | 48 (23.2) | 48 (14.7) | 0.042 |
| Tabaquismo | 140 (26.2) | 63 (30.4) | 77 (23.5) | 0.198 |
| **Laboratorio** | | | | |
| PCR (mg/dL), mediana [RIC] | 4.46 [1.45, 10.22] | 2.15 [0.60, 6.90] | 5.26 [2.25, 11.90] | <0.001 |
| Troponina T (pg/mL), mediana [RIC] | 392.90 [113.0, 1050.0] | 54.0 [33.2, 180.0] | 599.0 [355.50, 1247.50] | <0.001 |
| **Ecocardiografía** | | | | |
| FEVI (%), media ± DE | 51.90 ± 13.88 | 52.95 ± 15.30 | 51.27 ± 12.97 | 0.388 |
| **Resonancia Magnética (RMNc), n (%)** | | | | |
| Edema + Realce Tardío (LGE) | 328 (61.4) | 41 (19.8) | 287 (87.8) | <0.001 |
| Criterio T1 sin edema | 85 (15.9) | 69 (33.3) | 16 (4.9) | <0.001 |
| **Pruebas Invasivas, n (%)** | | | | |
| Coronariografía realizada | 216 (40.4) | 100 (48.3) | 116 (35.5) | <0.001 |
| Biopsia endomiocárdica | 24 (4.5) | 4 (1.9) | 20 (6.1) | <0.001 |

DE: Desviación Estándar; RIC: Rango Intercuartílico; FRCV: Factores de Riesgo Cardiovascular; PCR: Proteína C Reactiva; FEVI: Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo; RMNc: Resonancia Magnética Cardíaca; LGE: Realce Tardío de Gadolinio (Late Gadolinium Enhancement). Los valores se expresan como n (%) para variables categóricas y como media ± DE o mediana [RIC] para variables continuas según su distribución.