

Rendimiento diagnóstico y eficiencia en el uso de pruebas en la sospecha de miocarditis: resultados del registro Pre-MYO

Jose Seijas Amigo(1), Belén Álvarez Álvarez(2), Beatriz Poyatos Herraiz(3), Ángel Manuel Iniesta Manjavacas(4), Gabriel González Barbeito(5), Silvia López Fernández(6), Aitor Urribarri González(7), Fernando Domínguez Rodríguez(8), Jara Gayán Ordás(9), Ainhoa Robles Mezcua(10), Ana Pérez Asensio(11), Elena Sufrate Sorzano(12), Clara Bonanad Lozano(13), Azahara Mª García Serna(14) y Domingo Pascual-Figal(3) de (1)Cardiología - FIDIS. Fundación Idichus, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (2)Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (3)Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España, (4)Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (5)Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España, (6)Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España, (7)Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (8)Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (9)Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España, (10)Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España, (11)Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España, (12)Cardiología. Hospital Universitario San Pedro, Logroño (La Rioja) - España, (13)Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España y (14)Cardiología. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la Arrixaca, Murcia - España

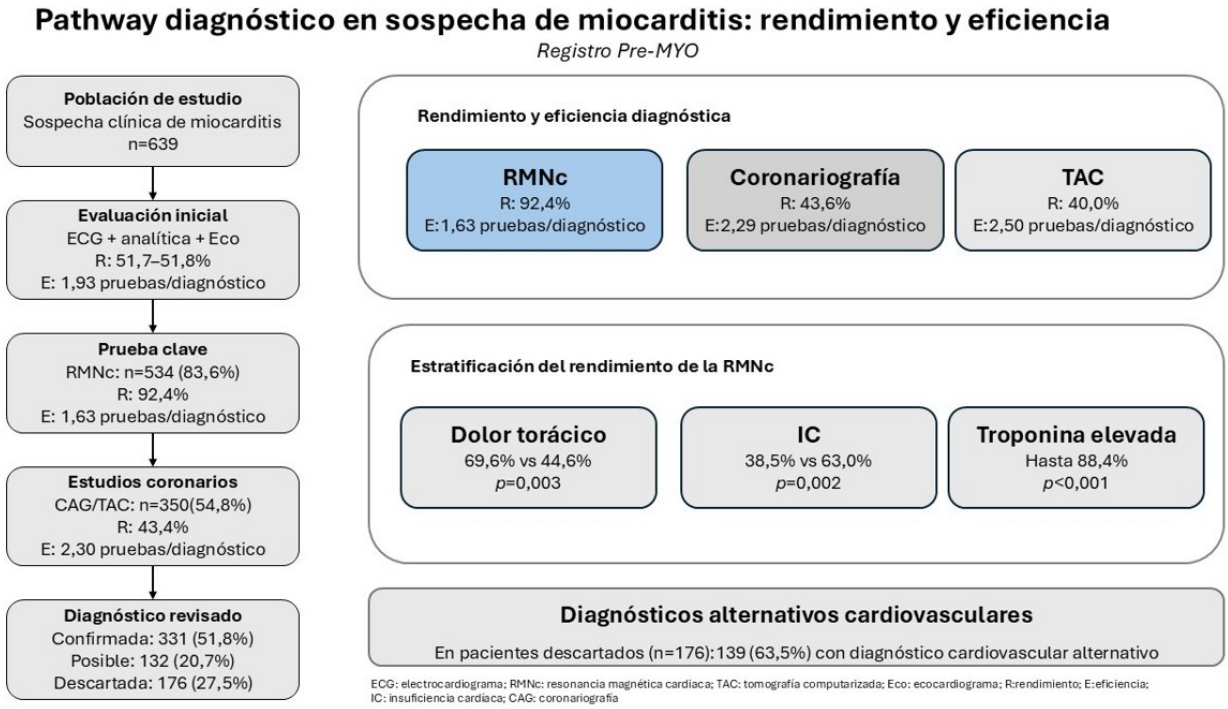
Introducción: La miocarditis presenta un reto diagnóstico debido a su presentación heterogénea y al solapamiento con otras patologías cardiovasculares. Aunque la resonancia magnética cardiaca (RMNc) es la técnica de referencia para el diagnóstico no invasivo, su utilización y rendimiento en la práctica clínica real no están bien definidos. El objetivo fue evaluar la eficiencia diagnóstica de las pruebas complementarias en pacientes con sospecha de miocarditis.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico del registro Pre-MYO que incluyó 639 pacientes con sospecha clínica de miocarditis. Se analizaron las pruebas realizadas y el diagnóstico final. El rendimiento diagnóstico se definió como la proporción de diagnósticos confirmados entre las pruebas realizadas y la eficiencia como la ratio entre número de pruebas y diagnósticos confirmados. Se realizaron análisis por subgrupos según presentación clínica y niveles de troponina.

Resultados: Se incluyeron 639 pacientes, de los cuales 331 presentaron miocarditis confirmada (51,8%). La RMNc mostró el mayor rendimiento diagnóstico (327/534; 61,2%) y una elevada eficiencia (1,63 pruebas/diagnóstico), mientras que el electrocardiograma, la analítica y la ecocardiografía presentaron rendimientos intermedios (51,8%, 51,8% y 51,7%, respectivamente) y menor eficiencia (1,93 pruebas/diagnóstico). Los estudios coronarios mostraron menor rentabilidad diagnóstica: coronariografía 43,6% y tomografía computarizada coronaria 40,0%, con peor eficiencia diagnóstica, hasta 2,50 pruebas/diagnóstico. El rendimiento diagnóstico de la RMNc fue mayor en pacientes con dolor torácico (69,6% vs 44,6%; p=0,003) y menor en aquellos con insuficiencia cardiaca (38,5% vs 63,0%; p=0,002). Se observó un gradiente creciente según niveles de troponina, con mayor rendimiento en niveles elevados (RMNc hasta 88,4%; p<0,001). Entre los pacientes con miocarditis descartada (n=176), el 63,5%

presentaron diagnósticos alternativos cardiovasculares.

Conclusiones: En la práctica clínica real, el rendimiento y la eficiencia diagnóstica de las pruebas en la sospecha de miocarditis son heterogéneos y dependientes del perfil clínico. La RMNc destaca como la técnica más eficiente, mientras que otras pruebas presentan menor rentabilidad y mayor consumo de recursos. Estos resultados apoyan la optimización de la selección de pacientes y de los algoritmos diagnósticos.



ECG: electrocardiograma; RMNc: resonancia magnética cardiaca; TAC: tomografía computarizada; Eco: ecocardiograma; R:rendimiento; E:eficiencia; IC: insuficiencia cardiaca; CAG: coronariografía

Características basales y presentación clínica Pre-MYO

Variable	Total (n=639)	Miocarditis confirmada (n=331)	No confirmada (n=308)	p
Edad (años)	41,4 ± 18,6	36,7 ± 16,0	50,5 ± 19,2	<0,001
Varones (%)	76,4	84,3	63,6	<0,001
Hipertensión (%)	22,1	13,0	38,1	<0,001
Diabetes (%)	8,1	5,1	12,5	0,026
Dislipemia (%)	20,3	14,5	29,5	<0,001
Dolor torácico (%)	87,3	90,3	81,2	0,017
Disnea (%)	17,7	12,1	28,4	<0,001
Fiebre (%)	33,6	42,0	18,2	<0,001
Insuficiencia cardiaca (%)	8,0	5,4	15,9	<0,001
Troponina I (pg/mL, mediana [RIC])	2230 [312–8760]	5221 [2039–11833]	300 [79–1252]	<0,001
PCR (mg/dL, mediana [RIC])	4,02 [1,25–9,92]	5,20 [2,22–11,70]	1,21 [0,30–4,95]	<0,001

Datos expresados como media ± desviación estándar o mediana [rango intercuartílico]. Las variables categóricas se presentan como porcentaje. PCR: proteína C reactiva; RIC: rango intercuartílico.