

Rendimiento de la resonancia magnética cardíaca y papel del mapping en pacientes con sospecha de MINOCA: experiencia en práctica clínica real

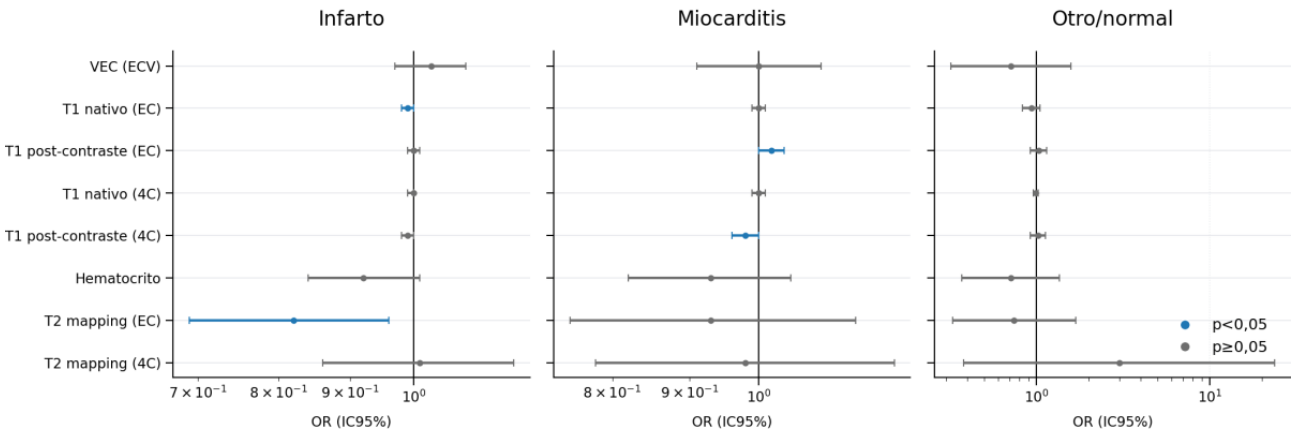
Rebeca Mata Caballero(1), Bárbara Izquierdo Coronel(2), Alfonso Fraile Sanz(2), Miguel Gutiérrez Muñoz(2), Miguel de la Serna Real de Asúa(2), Silvia Humanes Ybañez(2), Nuria Gil Mancebo(2), Paula Rodríguez Montes(2), Jesús Ángel Perea Egido(2), Martín Negreira Caamaño(2), María Jesús Espinosa Pascual(3), Edhisson F. Parrales Sánchez(2), Alberto Vílchez Alcocer(2), Paula Awamleh García(2) y Joaquín Jesús Alonso Martín(3) de (1)Instituto de Investigación IdiPAZ. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España, (2)Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España y (3)Instituto de Investigación IdiPAZ . Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España

Introducción: La resonancia magnética cardiaca (RMC) es clave en el estudio etiológico del MINOCA, al diferenciar infarto de miocarditis por el patrón de realce tardío (LGE) y la lesión aguda/edema (T2 mapping).
Nuestro objetivo es describir los diagnósticos finales por RMC en pacientes remitidos por sospecha de MINOCA y evaluar la asociación de parámetros de mapping (T1 y T2) y del volumen extracelular (VEC, derivado de T1+hematocrito) con los diferentes tipos de diagnóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes remitidos para RMC con indicación clínica de MINOCA entre 01/2024 y 04/2026. Los estudios se clasificaron según el diagnóstico final por RMC en: sin hallazgos patológicos relevantes, infarto, miocarditis u otros. Se analizaron parámetros de mapping (T1 nativo y T1 post-contraste, y T2) y el volumen extracelular (VEC, ECV) como parámetro derivado (junto con el hematocrito). Se realizó regresión logística univariante; se reportaron OR e IC95% y p.

Resultados: Se incluyeron 454 pacientes (Ver tabla). En infarto se observaron asociaciones con T1 nativo en eje corto (OR 0,99; p=0,031) y con T2 mapping en eje corto (OR 0,82; p=0,015). En miocarditis se asociaron T1 post-contraste en eje corto (OR 1,02; p=0,046) y T1 post-contraste en 4 cámaras (OR 0,98; p=0,011). Las asociaciones para el grupo otros se muestran en la tabla/figura. El VEC no se asoció con infarto (OR 1,03; p=0,311) ni con miocarditis (OR 1,00; p=0,966).

Conclusiones: En la práctica clínica, el VEC no aportó valor diagnóstico independiente para discriminar infarto vs miocarditis, por lo que su cálculo rutinario podría reservarse para sospecha de afectación difusa o dudas diagnósticas. El mapping T1/T2 puede aportar información complementaria y aumentar la confianza diagnóstica, especialmente cuando el LGE es ausente o atípico.



Asociación con diagnóstico por RMC

Parámetro	Infarto OR (IC95%)	p infarto	Miocarditis OR (IC95%)	p miocarditis	Otro OR (IC95%)	p otro
VEC	1.03 (0.97, 1.09)	0.3114	1.00 (0.91, 1.10)	0.9661	0.71 (0.32, 1.58)	0.4059
T1 nativo (EC)	0.99 (0.98, 1.00)	**0.0306***	1.00 (0.91, 1.10)	0.9661	0.71 (0.32, 1.58)	0.4059
T1 post-contraste (EC)	1.00 (0.99, 1.01)	0.8798	1.02 (1.00, 1.04)	**0.0456***	1.03 (0.92, 1.15)	0.6141
T1 nativo (4C)	1.00 (0.99, 1.00)	0.2297	1.00 (0.99, 1.01)	0.5539	0.99 (0.96, 1.02)	0.6607
T1 post-contraste (4C)	0.99 (0.98, 1.00)	0.1968	0.98 (0.96, 1.00)	**0.0112***	1.02 (0.92, 1.13)	1.02 (0.92, 1.13)
Hematocrito	0.92 (0.84, 1.01)	0.0924	0.93 (0.82, 1.05)	0.2200	0.71 (0.37, 1.36)	0.3042
T2 mapping (EC)	0.82 (0.69, 0.96)	**0.0146***	0.93 (0.75, 1.16)	0.5282	0.74 (0.33, 1.68)	0.4748
T2 mapping (4C)	1.01 (0.86, 1.18)	0.9018	0.98 (0.78, 1.23)	0.8443	3.02 (0.38, 23.69)	0.2932

* p<0,05. Regresión logística univariante.