

Discordancia entre los criterios histológicos de Dallas y los criterios inmunohistoquímicos cuantitativos en la miocarditis: implicaciones diagnósticas y pronósticas. Análisis del registro PreMYO

Roger Jurado Jiménez(1), Alicia Calvo Fernández(1), Domingo Andrés Pascual Figal(2), Aitor Urribarri González(3), Silvia López Fernández(4), Antonio Fuentes Vivero(5), Carles Díez López(6), Juan Fernández Martínez(7), Ana García Álvarez(8), Fernando Alfonso Manterola(9), Antonio Grande Trillo(10), David Calvo Cuervo(11), Juan Francisco Cueva Recalde(12), Omar Montenegro Guijalba(13) y Fernando Domínguez Rodríguez(14) de (1)Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (2)Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) - España, (3)Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (4)Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España, (5)Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España, (6)Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge, L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (7)Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (8)Cardiología. Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España, (9)Cardiología. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid - España, (10)Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España, (11)Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (12)Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España, (13)Cardiología. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Arrixaca), El Palmar (Murcia) - España y (14)Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España

Introducción: Las guías clínicas actuales reconocen limitaciones en los criterios histopatológicos para el diagnóstico de la miocarditis. Los criterios clásicos de Dallas presentan sensibilidad reducida, mientras que la inmunohistoquímica (IHQ) cuantitativa puede detectar inflamación miocárdica clínicamente relevante no identificada mediante histología convencional.

El objetivo fue evaluar el impacto clínico y pronóstico de la discordancia entre ambos métodos diagnósticos en el registro PreMYO.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico. Se incluyeron 67 pacientes sometidos a biopsia endomiocárdica. Los pacientes se clasificaron en cuatro grupos según criterios de Dallas e inmunohistoquímicos cuantitativos: Dallas+/IHQ+, Dallas-/IHQ+, Dallas+/IHQ- y doble negativo.

Se analizaron variables clínicas, hallazgos en resonancia magnética cardiaca y eventos durante el seguimiento, incluyendo muerte, trasplante cardiaco, shock cardiogénico y arritmias ventriculares. La supervivencia libre de eventos o recurrencia de síntomas se evaluó mediante Kaplan-Meier.

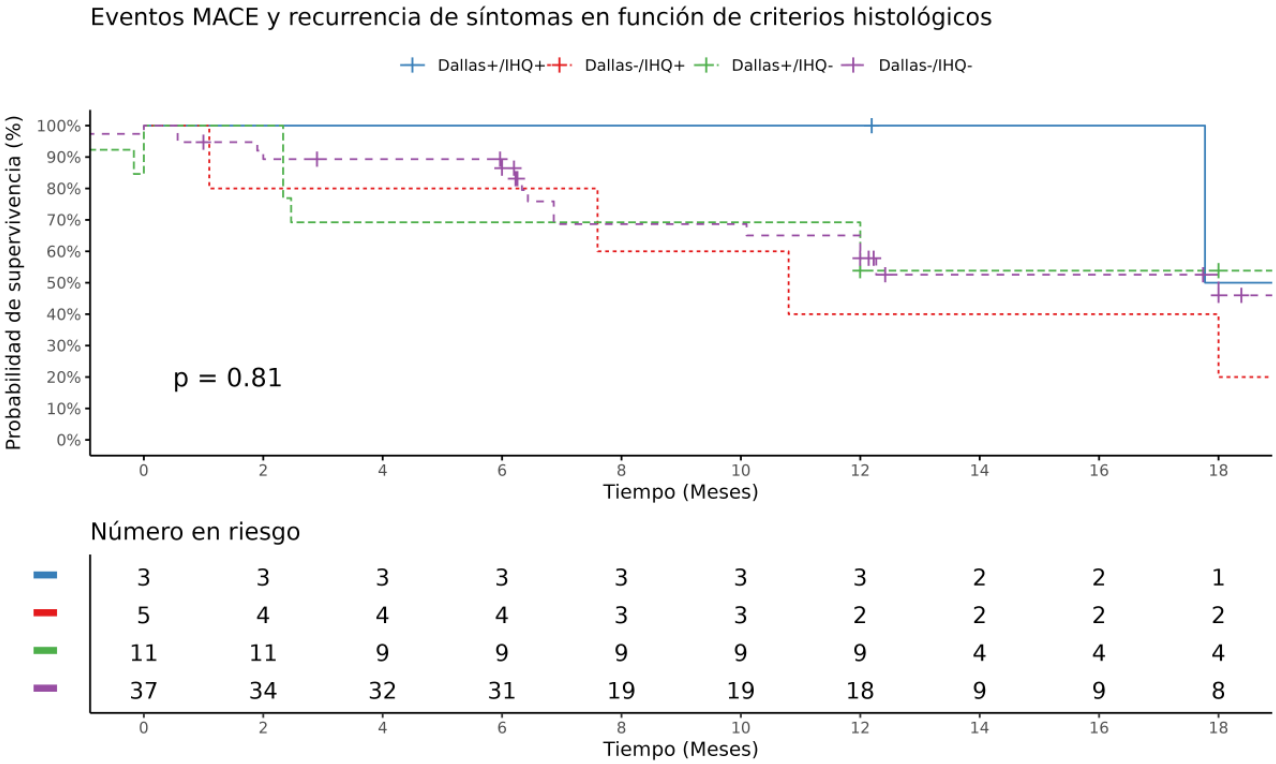
Resultados: La edad media fue de 47,5 ± 18,0 años y el 59,7% eran varones. La distribución fue: Dallas+/IHQ+ (4,5%), Dallas-/IHQ+ (7,5%), Dallas+/IHQ- (22,4%) y Dallas-/IHQ- (64,2%). El 62,7% presentó disfunción ventricular al diagnóstico. Hubo diferencias entre grupos en la proporción de varones (p=0,023), con mayor predominio

masculino en los grupos Dallas+, y en la presencia de realce tardío con gadolinio en resonancia magnética cardiaca (p=0,014).

Durante el seguimiento, el grupo Dallas-/IHQ+ presentó mayor mortalidad que el doble negativo (40,0% frente a 7,9%), así como mayor necesidad de trasplante cardiaco (20,0% frente a 2,6%). Asimismo, mostró mayor incidencia de shock cardiogénico (60,0% frente a 32,6%) y arritmias ventriculares (60,0% frente a 30,2%).

No se observaron diferencias globales en las curvas de supervivencia (p=0,81), aunque los grupos con IHQ+ mostraron tendencia a peor evolución.

Conclusiones: En este estudio, la discordancia entre los criterios histológicos de Dallas y la IHQ cuantitativa fue frecuente. Los pacientes con IHQ positiva mostraron tendencia a un perfil clínico más adverso y mayor tasa de eventos graves, incluso en ausencia de criterios de Dallas. La IHQ cuantitativa podría identificar un fenotipo de riesgo
infraestimado mediante histología convencional.



Características clínicas y eventos según perfil histopatológico (n = 67)

Variable	Total (n=67)	Dallas+/IHQ+ (n=3)	Dallas-/IHQ+ (n=5)	Dallas+/IHQ- (n=15)	Dallas-/IHQ- (n=43)	p-valor
Varones, n (%)	40 (59,7)	2 (66,7)	4 (80,0)	13 (86,7)	20 (46,5)	0,023
Pico Troponina I (pg/mL)*	2103	28472	-	1938	1984	0,498
Shock cardiogénico, n (%)	23 (34,3)	0 (0,0)	3 (60,0)	6 (40,0)	14 (32,6)	0,411
Arritmias ventriculares, n (%)	22 (32,8)	0 (0,0)	3 (60,0)	6 (40,0)	13 (30,2)	0,343
Realce tardío en RMN, n (%)	41 (71,9)	2 (66,7)	0 (0,0)	7 (58,3)	31 (81,6)	0,014
Muerte, n (%)	7 (11,9)	0 (0,0)	2 (40,0)	2 (15,4)	3 (7,9)	0,150
Trasplante, n (%)	3 (5,1)	0 (0,0)	1 (20,0)	1 (7,7)	1 (2,6)	0,260

Dallas: Criterios histológicos de Dallas; IHQ: Inmunohistoquímica cuantitativa; Realce tardío en RMN: Presencia de realce tardío con gadolinio en resonancia magnética. *Los valores de troponina se expresan como mediana.