

48. Rol de la resonancia nuclear magnética en el infarto agudo de miocardio sin estenosis coronaria

Camila Ramos¹

Juan Pablo Bachini¹

Pedro Trujillo¹

Gustavo Vignolo¹

¹Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas

Resumen

Historia clínica: sexo masculino, 26 años. Veinticuatro horas antes de la consulta presentó dolor torácico opresivo de reposo, sin irradiaciones, sin elementos neurovegetativos ni otros síntomas cardiovasculares. Cede en 15 min espontáneamente. Consulta por dolor de 5 h de evolución, similares características, irradiado a cuello y acompañado de disnea. Calma con nitratos sublinguales. Examen físico al ingreso. Lúcido, eupneico, apirético. Piel y mucosas normocoloreadas. Bien hidratado y perfundido. CV: regular 70 cpm, R1 y R2 normales, sin ruidos sobreagregados, no soplos, no IY, no RHY, no edemas de MMII. PP: ventilan bien ambos campos, sin estertores.

Pruebas complementarias: ECG: RS 70 cpm, P y PR normales, eje normoposicionado, QRS normal, supradesnivel del segmento ST hasta 3 mm en DII, DIII, aVF, V5 y V6. Con planteo de IAMcST inferolateral KKI se traslada para CACG de emergencia. CACG: estenosis leve de segundo ramo marginal distal, sin otras estenosis angiográficamente significativas. Ventriculografía: sin trastornos sectoriales, FEVI normal. ETT: FEVI 65%, sin alteraciones sectoriales, pericardio normal.

Evolución clínica: permanece asintomático en UC. Se inicia tratamiento antiisquémico, doble antiagregación, estatinas y anticoagulación. Curva de TropI positiva y en ascenso (Tn I: 19.62, 22, límite superior normal 0.04 ng/ml). Resto de la analítica normal. Se solicita CR: estudio diagnóstico de miopericarditis aguda con topografía localizada en región inferior e inferolateral. Se establece tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos a dosis adecuadas para el diagnóstico. Buena evolución clínica, descenso biomarcadores cardíacos, asintomático y sin arritmias.

Diagnóstico: IAM sin estenosis coronaria (MINOCA). Miocarditis.

Discusión: los MINOCA corresponden al 6% de todos los infartos. Se debe considerar la realización de la CR ya que juega un rol importante en la evaluación etiológica y en consecuencia en el tratamiento definitivo. Identifica patrón típico de IAM en el 24%, de miocarditis en el 33% y sin anomalías significativas en el 26%.

Presentamos el caso de un paciente joven con IAMcST en el que el diagnóstico clínico no era certero. La CR permitió realizar el diagnóstico correcto y aplicar la estrategia terapéutica adecuada a la patología.