



Cardiocre

ISSN: 1889-898X

cardiocre@elsevier.com

Sociedad Andaluza de Cardiología  
España

Cabrera-Bueno, Fernando; Romero-Rodríguez, Nieves; Arana-Rueda, Eduardo; Muñoz-García, Antonio; Jiménez-Navarro, Manuel F.

Actualización en miocarditis

Cardiocre, vol. 47, núm. 4, diciembre, 2012, pp. 133-134

Sociedad Andaluza de Cardiología

Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=277024669001>

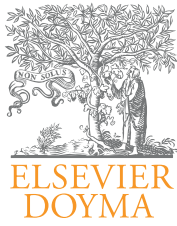
- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



# Cardiocre

[www.elsevier.es/cardiocore](http://www.elsevier.es/cardiocore)



## Editorial

## Actualización en miocarditis

## Update on myocarditis

La miocarditis es una entidad que puede presentarse con un amplio espectro clínico que abarca desde formas asintomáticas hasta la enfermedad fatal, aunque más frecuentemente aparece como un cuadro de insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida, con o sin síndrome viral previo. Esta enfermedad es una importante causa de muerte súbita cardíaca en pacientes jóvenes. Son de alto riesgo la aparición de bloqueos auriculoventriculares de alto grado o de arritmias malignas. El diagnóstico está cambiando, ya que pruebas de imagen no invasivas, como la resonancia magnética cardíaca, desempeñan un papel importante, aunque la biopsia endomiocárdica sea considerada clásicamente el patrón oro para el diagnóstico. En este número se abordan la novedad en la etiología y en la biopatogenia de la miocarditis, repasando las presentaciones clínicas y revisando el papel de las nuevas técnicas de imagen y los tratamientos disponibles en la actualidad.

En un primer apartado, los doctores Ramírez y de Mora<sup>1</sup> revisan la etiología de la miocarditis, cuya incidencia ha experimentado un aumento en los últimos años, en gran parte por el avance de las técnicas diagnósticas que han desplazado los estrictos criterios clásicos. Además de repasar las distintas causas, infecciosas, las motivadas por reacciones de hipersensibilidad o toxicidad, las causadas por agentes físicos y las sistémicas y autoinmunes, revisan de forma actualizada la biopatogenia de esta enfermedad, especialmente la relacionada con la infección viral. Esta biopatogenia continúa, no obstante, siendo cuestionada en el humano, aunque los avances en técnicas moleculares probablemente permitan un mayor conocimiento de la fisiopatología subyacente a la inflamación miocárdica que permita orientarnos hacia nuevas dianas terapéuticas.

En un segundo apartado, Molina et al.<sup>2</sup> exponen de una forma didáctica las distintas formas clínicas de aparición. Una posible causa de que muchos pacientes no sean diagnosticados de miocarditis es precisamente la variabilidad en su expresión clínica. Como muy bien describen los autores, además de destacar la clasificación clínico-patológica

de Lieberman, plantean de forma práctica los escenarios clínicos más comunes. Estos incluyen la miocarditis subclínica, el síndrome coronario agudo con arterias coronarias normales, la insuficiencia cardíaca de menos de 2 semanas de evolución con compromiso hemodinámico, la insuficiencia cardíaca de reciente aparición con dilatación ventricular —que puede cursar con o sin arritmias ventriculares o bloqueos auriculoventriculares de alto grado—, la insuficiencia cardíaca con eosinofilia y la insuficiencia cardíaca de meses de evolución. Esta variabilidad en la expresión clínica de esta entidad, que incluye la práctica totalidad de los cuadros clínicos de la práctica cotidiana de la cardiología, hace imprescindible incluir a la práctica cotidiana en el diagnóstico diferencial, puesto que en determinados casos requerirá abordajes específicos.

Hasta hace pocos años la miocarditis aguda suponía un reto diagnóstico por la variada presentación clínica comentada anteriormente, y probablemente estaba infradiagnosticada. La inclusión de nuevas pruebas diagnósticas, entre las que destacan las de imagen, no invasivas y de gran poder predictivo positivo, han modificado y facilitado el diagnóstico. La doctora Mas-Stachurska et al.<sup>3</sup>, del Hospital Clínic de Barcelona, revisan de forma actualizada el papel de los nuevos biomarcadores, repasando el valor del ECG —limitado— y de la ecocardiografía, que, sin aportar datos específicos, es fundamental al permitir detectar otras causas de insuficiencia cardíaca, así como valorar el grado de dilatación/disfunción ventricular o la presencia de trombos intracavitarios, entre otros. Actualmente los estudios de medicina nuclear han dejado de utilizarse, siendo contundentemente desplazados por la aparición y el desarrollo de la resonancia magnética cardíaca, que se ha convertido en la técnica de diagnóstico no invasiva de elección en pacientes con sospecha de miocarditis aguda. Además de determinar volúmenes o fracción de eyección ventriculares, permite detectar el edema tisular, la hiperemia y la permeabilidad capilar o la necrosis y fibrosis con gran exactitud. Es por ello que se recomienda su uso en el manejo de los pacientes con sospecha de miocarditis, y un

consenso de la AHA/ACCF/ESC ha dejado a la biopsia endomiocárdica con indicación clase I a tan solo 2 escenarios clínicos: los casos graves y los dudosos.

Por otro lado, aunque idealmente el tratamiento debería ir dirigido a la causa, existe escasa evidencia sobre la eficacia del abordaje etiológico, salvo en situaciones concretas, tales como algunas enfermedades inflamatorias como la miocarditis de células gigantes. Por ello, el objetivo principal será el soporte de la disfunción ventricular. El doctor Montero-Cabezas<sup>4</sup>, en el último apartado, expone una actualizada revisión del tratamiento de la miocarditis y sus complicaciones. Teniendo en cuenta la ausencia de ensayos clínicos sobre el tratamiento específico, debe seguirse en general las recomendaciones establecidas por las guías clínicas para el manejo de la insuficiencia cardíaca, tanto en relación con la actividad física como con el tratamiento farmacológico habitual con diuréticos, betabloqueantes, IECA/ARA-II y antagonistas de la aldosterona, haciendo mención especial del uso limitado de la digoxina o la colchicina y la contraindicación del tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, con efecto deletéreo que aumenta la mortalidad. Incluye el uso del soporte circulatorio mecánico y el trasplante cardíaco, con una supervivencia tras el mismo similar a la de otras causas de insuficiencia cardíaca, así como el tratamiento de las arritmias, señalando en qué situaciones se debe considerar el implante de marcapasos o del desfibrilador. Finalmente, ofrece un resumen de la evidencia científica actual sobre el tratamiento etiológico, así como las nuevas perspectivas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Ramirez Marrero MA, de Mora Martín M. Etiología y biopatogenia de la miocarditis. *Cardiocre*. 2012;47:135-8.
  - Molina-Mora MJ, Ruiz Salas A, Cabrera-Bueno F. Presentación clínica de la miocarditis. *Cardiocre*. 2012;47:139-42.
  - Mas-Stachurska A, Prat-González S, Sitges M. Diagnóstico de la miocarditis. *Cardiocre*. 2012;47:143-6.
  - Montero-Cabezas JM. Tratamiento de la miocarditis y sus complicaciones. *Cardiocre*. 2012;47:147-50.
- Fernando Cabrera-Bueno <sup>a,b,\*</sup>
- <sup>a</sup> Area del Corazón, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España  
<sup>b</sup> Fundación IMABIS, Red Temática de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares-RECAVA, Málaga, España
- Nieves Romero-Rodríguez y Eduardo Arana-Rueda  
Servicio de Cardiología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España
- Antonio Muñoz-García <sup>a,b</sup> y Manuel F. Jiménez-Navarro <sup>a,b</sup>
- <sup>a</sup> Area del Corazón, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España  
<sup>b</sup> Fundación IMABIS, Red Temática de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares-RECAVA, Málaga, España
- \* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [fjcabrera@secardiologia.es](mailto:fjcabrera@secardiologia.es)  
(F. Cabrera-Bueno).
- 1889-898X/\$ – see front matter  
© 2012 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2012.09.003>