



13. VARIABLES ASOCIADAS A MAL PRONÓSTICO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN Y EN UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON MIOCARDITIS

Clara Nuevo Gallardo¹, Natalia Torrijos López¹, Juan Manuel Nogales Asensio¹, José María Gimeno Montes¹, Miguel Sánchez Sánchez¹, Rosa Navarro Romero¹, Javier Corral Macías¹, Ramón Edgardo Rubí Matamoros¹, José Miguel Rojo Pérez¹, Eugenio Picazo Feu¹, Andrea Alonso Campana¹, Estrella Suárez Corchuelo¹, Javier Pérez Cervera¹, Natalia Navarro Pelegrini² y José Ramón López Mínguez¹

¹Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España y ²Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Toledo, Toledo, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del miocardio que puede presentar un amplio espectro de complicaciones. El objetivo de este estudio fue evaluar los factores asociados a mal pronóstico durante la fase hospitalaria y en un seguimiento tras el alta en estos pacientes.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de 370 pacientes ingresados de forma consecutiva con el diagnóstico de miocarditis a lo largo de un periodo de 20 años. Definimos evento adverso mayor (EAM) como la combinación de arritmias, disfunción ventricular izquierda (DVI) y/o muerte durante la fase hospitalaria. Analizamos posteriormente la evolución de la función ventricular, así como la recurrencia de miocarditis y la mortalidad en un seguimiento tras el alta (media: 120 meses).

Resultados: Durante la fase hospitalaria, hubo un total de 58 EAM (15,7%): 42 DVI (10,8%), 28 arritmias (7,6%) y 1 muerte (0,3%). En el análisis multivariante, las variables asociadas de forma independiente a la presencia de EAM fueron: la edad (OR: 1,04; IC95%: 1,02-1,05; p 0,001), la infección previa al ingreso (OR: 0,42; IC95%: 0,22-0,79; p = 0,008), antecedente de enfermedad autoinmune (OR: 3,28; IC95%: 1,05-10,27; p = 0,041) y la taquicardia sinusal al ingreso (OR: 2,64; IC95%: 1,24-5,62; p = 0,012). Durante el seguimiento tras el alta, se produjeron 7 muertes (1,9%), 24 recurrencias (6,5%) y 5 casos de persistencia de DVI (12,5% de los pacientes con DVI durante la hospitalización), con recuperación de esta en 35 pacientes con DVI al alta (87,5%). De los 330 pacientes sin DVI durante el ingreso, solo 2 (0,6%) la desarrollaron durante el seguimiento. El sexo femenino fue la única variable que se asoció de forma independiente a DVI durante el seguimiento (OR: 18,06; IC95%: 3,38-96,54; p = 0,001). La edad fue la única variable que se asoció de forma independiente a recurrencia de la miocarditis durante el seguimiento (HR: 0,92; IC95%: 0,87-0,98; p = 0,006).

	Todos (n = 370)	Mujeres (n = 51)	Hombres (n = 319)	p
RS al ingreso	359 (97%)	46 (90,2%)	313 (98,1%)	0,010

TS al ingreso	52 (14,1%)	11 (21,6%)	41 (12,9%)	0,096
Arritmias durante el ingreso (total)	28 (7,6%)	8 (15,7%)	20 (6,3%)	0,039
TV/FV	14 (3,8%)	4 (7,8%)	10 (3,1%)	
TSV	13 (3,5%)	4 (7,8%)	10 (3,1%)	
Bradirritmias	1 (0,3%)	0	1 (0,3%)	
DVI (FEVI? 50%)	42 (11,4%)	14 (27,5%)	28 (8,8%)	0,001
Inotrópicos	6 (1,6%)	0	6 (1,9%)	1
FEVI al alta	57,5 ± 7,7	53,8 ± 11,4	58,1 ± 7,2	0,014
NT-proBNP ingreso	823	2,795	515	0,047
NT-proBNP al alta	187	711	112	0,061
CPK-MB pico	54,2	105,3	39,3	0,138
PCR	59	74,4	56	0,462
RMc	137 (37%)	25 (49%)	112 (35,1%)	0,056
Muerte ingreso	1 (0,3%)	0	1 (0,3%)	1
EAM	58 (15,7%)	14 (27,5%)	44 (13,8%)	0,013
Recurrencia	24 (6,5%)	2 (3,9%)	22 (6,9%)	0,553

DVI: disfunción ventricular izquierda; EAM: evento adverso mayor; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FV: fibrilación ventricular; PCR: proteína C reactiva; RMc: resonancia magnética cardíaca; RS: ritmo sinusal; TS: taquicardia sinusal; TSV: taquicardia supraventricular; TV: taquicardia ventricular.

Conclusiones: La mortalidad en la fase hospitalaria y en el seguimiento fue muy baja, estando la mayoría de los eventos observados en relación con la presencia de DVI y de arritmias. La edad fue la única variable que se asoció con la recurrencia de miocarditis. Aunque la mayoría de los pacientes se recuperaron de la DVI tras el alta, el sexo femenino se asoció a una mayor incidencia de DVI en el seguimiento.