



4008-7. COHORTE NACIONAL DE SOSPECHA DE MIOCARDITIS PRE-MYO: MANEJO ASISTENCIAL EN LOS 100 PRIMEROS CASOS

Fernando Domínguez Rodríguez¹, Alejandro Riquelme Pérez², Ángela Carrillo Molina², José María Larrañaga Moreira³, Jara Gayán Ordás⁴, Marcelo Sanmartín Fernández⁵, Belén Álvarez Álvarez⁶, Javier Torres Llergo⁷, Héctor Bueno Zamora⁸, Francisco Ridocci Soriano⁹, Elena Sufrate Sorzano¹⁰, Manuel Barreiro Pérez¹¹, José María Viéitez Flórez¹², Beatriz Fernández González¹³ y Domingo Pascual-Figal¹⁴

¹Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ²Cardiología. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, ³Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España, ⁴Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, ⁵Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ⁶Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ⁷Cardiología. Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España, ⁸Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ⁹Cardiología. Hospital General Universitario, Valencia, España, ¹⁰Cardiología. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño (La Rioja), España, ¹¹Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ¹²Cardiología. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España, ¹³Cardiología. Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España y ¹⁴Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocarditis se define como la inflamación del miocardio, que se caracteriza por una presentación clínica variable. La cohorte Pre-MYO pretende establecer una plataforma de estudio de la y uno de sus objetivos es valorar el manejo asistencial ante la sospecha de miocarditis.

Métodos: La cohorte Pre-MYO es un registro prospectivo, observacional, en práctica clínica, multicéntrico de escala nacional (60 hospitales, 17 comunidades autónomas), que pretende analizar una muestra de 3.000 pacientes con sospecha clínica de miocarditis o miocardiopatía inflamatoria en base a hallazgos clínicos compatibles. En el presente trabajo se analiza el manejo asistencial de los primeros 100 casos incluidos en la cohorte.

Resultados: El 73% de los casos de sospecha de miocarditis fueron varones ($43,1 \pm 16,5$ años). El 93% se presentó con un cuadro que sugería miocarditis aguda y en el 92% se evidenció elevación de troponina I/T. En el 54% se realizó despistaje de enfermedad coronaria (44% cateterismo, 10% TAC coronario), presentando 3 pacientes lesiones coronarias significativas. Se realizó resonancia magnética cardíaca (RMC) en 79 pacientes, cumpliendo criterios de miocarditis el 78,5% (62/79). De estas, el 33,3% se realizaron tras el alta y permitieron confirmar el diagnóstico. Se realizó biopsia endomiocárdica en 2 casos, con confirmación de diagnóstico de miocarditis en 1. En total, se llegó al diagnóstico definitivo de miocarditis en el 62% de los casos. Los 37 pacientes en los que no se confirmó el diagnóstico de miocarditis, fueron considerados miocarditis probable ($n = 25$) o recibieron diagnósticos alternativos ($n = 13$), siendo los más frecuentes la cardiopatía isquémica, MINOCA y el vasoespasmo coronario. La estancia hospitalaria mediana fue de 5 días (RIQ: 3-8): 4 (RIQ 3-6) en miocarditis confirmada, 4,5 (RIQ 3-8,5) en miocarditis probable y 10 (RIQ 5,5-13,5) en los casos en los que se descarta la miocarditis ($p: 0,069$).

Manejo asistencial de la sospecha de miocarditis de los 100 primeros pacientes incluidos en la cohorte Pre-MYO

		Miocarditis				
	Total (n = 100)	Sí (n = 62)	Probable (n = 25)	No (n = 13)	p	N
Edad, años	43,1 ± 16,5	40,4 ± 14,5	43,6 ± 20,0	55,0 ± 14,1	0,013	100
Sexo: Hombre	73 (73,0)	50 (81,0)	14 (56,0)	9 (69,2)	0,063	100

Pruebas médicas

Hospitalizados	96 (96,0)	61 (98,4)	24 (96,0)	11 (84,6)	0,054	100
Estancia hospitalaria, días	5,00 [3,00, 8,00]	4,00 [3,00, 6,00]	4,50 [3,00, 8,50]	10,00 [5,50, 13,5]	0,069	96
Electrocardiograma	100 (100,0)	62 (100,0)	25 (100,0)	13 (100,0)	1,000	100
Ecocardiograma	98 (98,0)	62 (100,0)	25 (100,0)	11 (84,6)	0,016	100
Analítica	100 (100,0)	62 (100,0)	25 (100,0)	13 (100,0)	1,000	100
RMNc	79 (79,0)	62 (100,0)	10 (40,0)	7 (53,8)	0,001	100
Momento RMNc: después del alta	21 (28,8)	19 (33,3)	1 (10,0)	1 (16,7)	0,376	79
Coronariografía	44 (44,0)	25 (40,3)	10 (40,0)	9 (69,2)	0,153	100
TAC	10 (10,0)	7 (11,3)	2 (8,0)	1 (7,7)	1,000	100
PET-TAC	4 (4,0)	0 (0,0)	2 (8,0)	2 (15,4)	0,016	100
Biopsia	2 (2,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	1 (7,7)	0,305	100

Diagnóstico

Momento diagnóstico: Después del alta	8 (8,3)	7 (11,5)	0 (0,0)	1 (9,1)	0,219	96
Enfermedad coronaria grave	3 (7,3)	1 (4,5)	0 (0,0)	2 (22,2)	0,165	44

RMNc: resonancia magnética nuclear cardiaca; TAC: tomografía axial computarizada; PET-TAC: tomografía por emisión de positrones-tomografía computada. Media $\pm$ DE, mediana [IQR] y n (%) representado según corresponda. Comparación de variables utilizando ANOVA, prueba de Kruskal-Wallis, prueba de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher según naturaleza de variables.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con sospecha de miocarditis de la cohorte Pre-MYO muestran una presentación clínica aguda y en el 62% se confirma el diagnóstico, en su gran mayoría de forma no invasiva con RMC. La miocarditis se considera probable en el 25% y se descarta en el 13%. Existe una tendencia hacia una menor estancia hospitalaria en los casos en los que se confirma la miocarditis.