



## 5003-8. ASOCIACIÓN DE VARIABLES ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y CLÍNICAS CON EVENTOS ARRÍTMICOS MAYORES EN MIOCARDITIS AGUDA

Jon Zubiaur Zamacola, Raquel Pérez Barquín, Adrián Margarida de Castro, Celia Garilleti Cámara, Lucía Abia Sarria, Carlos Coroas Pascual, Lucía Muñoz Prejigüeiro, Iván de María Mier, Adrián Rivas Pérez, Luis Ruiz Guerrero, Gonzalo Martín Gorriá y Andrea Teira Calderón

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La miocarditis aguda se trata de una enfermedad de curso clínico variable y puede complicarse con la aparición de eventos arrítmicos, por lo que el reconocimiento de variables que permitan anticipar este riesgo es de gran utilidad. El objetivo de nuestro estudio es identificar y describir estas variables.

**Métodos:** Se registraron de forma retrospectiva todos los casos diagnosticados de miocarditis en nuestro centro entre el año 2000 y 2021. Se recogieron de la historia clínica los datos demográficos, clínicos, ecocardiográficos y de ECG disponibles. Se definió la variable combinada arrítmica (VCA) que incluía arritmias ventriculares, arritmias supraventriculares o necesidad de implante de marcapasos. Se analizó la asociación de VCA con las distintas variables mediante regresión univariable.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 186 pacientes, con edad media de 37,7 años (DE 16,8), siendo un 30,1% mujeres. Hasta un 29,7% presentó disfunción ventricular inicial. El 19,4% de los ECG iniciales no presentaron alteraciones, el QRS tenía una duración media de 94 ms (DE 21), QTc 392 ms (DE 37), el 51,4% presentó ST elevado y el 74,8% alteraciones de la repolarización. Un 4% presentaba BRI, BRD un 9% y BAV un 2,9%. Durante el seguimiento se observaron un total de 48 eventos de VCA. Entre las variables analizadas (tabla), los parámetros de ECG que se asociaron a más eventos en el seguimiento fueron el QRS > 120 ms (OR 4,76; IC95% 1,47-15,39), el BRI (OR 7,27; IC95% 1,36-38,84) y el BAV (OR 11,45; IC95% 1,25-105,26). La presencia de ST elevado fue una variable protectora (OR 0,36; IC95% 0,18-0,72). Entre las variables no electrocardiográficas analizadas, la FEVI 40%, la presentación como miocarditis fulminante y síncope se asociaron con la VCA (tabla). La presentación con dolor torácico fue un factor protector.

Regresión univariable para el *endpoint* combinado arrítmico

Compuesto arritmias

Variables	No (n = 127)	Sí (n = 48)	OR (IC95%)	p
-----------	--------------	-------------	------------	---

QRS > 120 ms	4,0% (5)	16,7% (8)	4,76 (1,47-15,39)	0,01
ST elevado	58,3% (74)	33,3% (16)	0,36 (0,18- 0,72)	0,00
Alteraciones Repolarización	78,7% (100)	64,6% (31)	0,49 (0,24- 1,02)	0,06
Bloqueo de rama izquierda	1,6% (2)	10,4% (5)	7,27 (1,36-38,84)	0,02
Bloqueo de rama derecha	8,7% (11)	10,4% (5)	1,23 (0,40- 3,73)	0,72
Bloqueo aurículo- ventricular	0,8% (1)	8,3% (4)	11,45 (1,25-05,26)	0,03
Dolor torácico	82,4% (103)	57,4% (27)	0,29 (0,14-0,60)	0,00
Disnea	18,4% (23)	27,7% (13)	1,70 (0,77- 3,71)	0,19
Síncope	3,2% (4)	12,8% (6)	4,46 (1,20-16,60)	0,03
Miocarditis fulminante	6,3% (8)	25,0% (12)	4,96 (1,88-13,07)	0,00
FEVI 40%	23,6% (30)	45,8% (22)	2,74 (1,36- 5,51)	0,00

Regresión univariable del *endpoint* arrítmico para cada una de las variables seleccionadas. Se representa el valor de p para un intervalo de confianza de 95%. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

**Conclusiones:** Al debut de una miocarditis aguda, la presencia de QRS ancho, el BRI y el BAV, así como la disfunción ventricular izquierda, se asocian con más eventos arrítmicos. Una presentación con síncope o miocarditis fulminante se asoció con más eventos, mientras que el perfil clínico pericardítico (dolor torácico, elevación de ST) con menos.