



6. INFLUENCIA DE LA EDAD EN PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITIS EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

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 que afecta al miocardio, la cual puede tener múltiples etiologías y presentar diversas complicaciones. Aunque es más frecuente entre los pacientes jóvenes, la influencia de la edad en esta patología no está bien estudiada. Nuestro objetivo fue evaluar la influencia de la edad de presentación en la evolución hospitalaria y en un seguimiento a largo plazo en pacientes ingresados por esta patología.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de 370 pacientes ingresados de forma consecutiva por miocarditis en nuestro servicio en los últimos 20 años. Para el análisis comparativo, distribuimos la muestra en 3 grupos de edad: menores de 20 años (G1), de 20 a 40 años (G2) y mayores de 40 años (G3) (tabla). Definimos evento adverso mayor (EAM) como un combinado de disfunción ventricular izquierda (DVI), arritmias o muerte durante el ingreso. Realizamos un seguimiento clínico de los pacientes tras el alta (media: 120 meses).

Resultados: La edad media fue de $32,94 \pm 15,75$ años, predominando el sexo masculino (86,2%). Los pacientes más jóvenes presentaron mayor prevalencia de infección previa al ingreso (G1: 87 vs G2: 78,5 vs G3: 44,2%; $p < 0,001$) y mayor tasa de recurrencia en el seguimiento (G1: 15,6 vs G2: 5,2 vs G3: 2,1%; $p = 0,001$). En los pacientes mayores se observó una mayor incidencia durante el ingreso de DVI (G1: 5,2 vs G2: 7,9 vs G3: 24,2%; $p < 0,001$), arritmias (G1: 5,2 vs G2: 5,2 vs G3: 14,7%; $p = 0,012$), EAM (G1: 9,1 vs G2: 10,5 vs G3: 32,6%; $p < 0,001$) y de realización de resonancia magnética cardíaca (RMc) (G1: 24,7 vs G2: 29,8 vs G3: 64,2%; $p < 0,001$). En el análisis multivariante, la edad se asoció de forma independiente a una mayor incidencia de EAM (OR 1,04; IC95%: 1,02 a 1,05; $p < 0,001$) durante el ingreso y a menor tasa de recurrencias durante el seguimiento (HR: 0,92; IC95%: 0,87 a 0,98; $p = 0,006$).

	G1: 20 años (n = 77)	G2: 20-40 años (n = 191)	G3: > 40 años (n = 95)	p
Sexo femenino	7 (9,1%)	24 (12,6%)	7 (9,1%)	0,056

Infección previa	67 (87%)	150 (78,5%)	42 (44,2%)	0,001
EA	5 (6,5%)	7 (3,7%)	5 (5,3%)	0,583
TS al ingreso	15 (19,5%)	24 (12,6%)	13 (13,7%)	0,336
DVI en ingreso	4 (5,2%)	15 (7,9%)	23 (24,2%)	0,001
Arritmias ingreso	4 (5,2%)	10 (5,2%)	14 (14,7%)	0,012
EAM	7 (9,1%)	20 (10,5%)	31 (32,6%)	0,001
RMc en ingreso o seguimiento	19 (24,7%)	57 (29,8%)	61 (64,2%)	0,001
Recurrencia en seguimiento	12 (15,6%)	10 (5,2%)	2 (2,1%)	0,001
DVI en seguimiento	1 (1,3%)	3 (1,6%)	3 (3,2%)	0,592
Muerte en seguimiento	1 (1,3%)	1 (0,5%)	4 (4,2%)	0,068

EA: enfermedad autoinmune; TS: taquicardia sinusal; DVI: disfunción ventricular izquierda; EAM: eventos adversos mayores; RMc: resonancia magnética cardíaca.

Conclusiones: Los pacientes más jóvenes presentaron mayor prevalencia de infección previa al ingreso, menor incidencia de complicaciones durante la hospitalización y mayor tasa de recurrencias durante el seguimiento. Por otro lado, en los pacientes más añosos se observó una mayor incidencia durante el ingreso de DVI, arritmias, EAM y de realización de RMc, probablemente en relación con la necesidad de realizar un más amplio diagnóstico diferencial a medida que avanza la edad.