

Validación externa de un modelo contemporáneo de estratificación de riesgo en la miocarditis aguda: implicaciones pronósticas de la cohorte PRE-MYO

Antonio Fuentes Vivero(1), Miguel González Montes(1), José María Larrañaga Moreira(1), Luis Ruiz Guerrero(2), Ángel Manuel Iniesta Manjavacas(3), Silvia López Fernández(4), Fernando Domínguez Rodríguez(5), Aitor Uribarri González(6), Pablo Pastor Pueyo(7), Ana Pérez Asensio(8), Julia Rodríguez Ortuño(9), Clara Bonanad Lozano(10), Freddy Andrés Delgado Calva(11), Ángela Carrillo Molina(12) y Domingo Andrés Pascual Figal(13) de (1)Servicio de Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (3)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (4)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España, (5)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España, (6)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (7)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España, (8)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España, (9)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España, (10)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España, (11)Servicio de Cardiología. Hospital Santa Bárbara, Soria - España, (12)Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la Arrixaca, Murcia - España y (13)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España

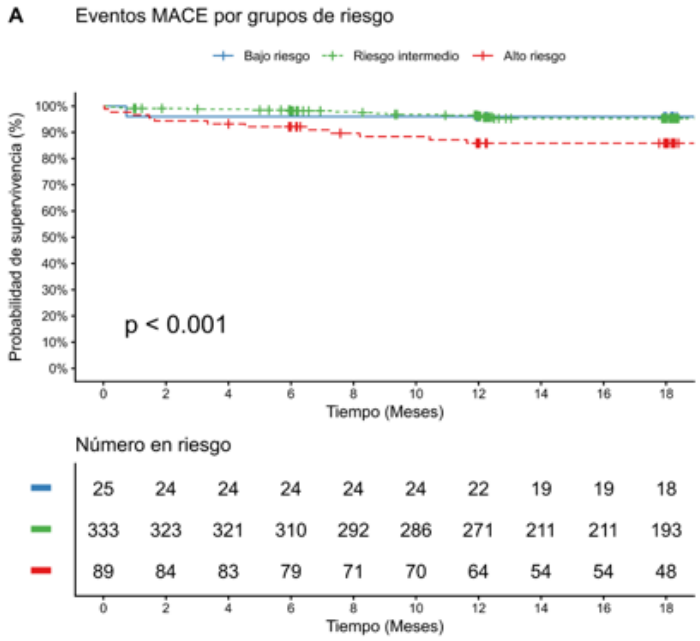
Introducción: La estratificación del riesgo en la miocarditis aguda es fundamental para guiar el seguimiento y la toma de decisiones terapéuticas. El Grupo de Trabajo de Miocarditis de la Sociedad Española de Cardiología ha propuesto una clasificación basada en variables clínicas, funcionales y de imagen; sin embargo, carece de validación externa. El objetivo de este estudio fue validar su rendimiento discriminativo en una cohorte independiente contemporánea (PRE-MYO).

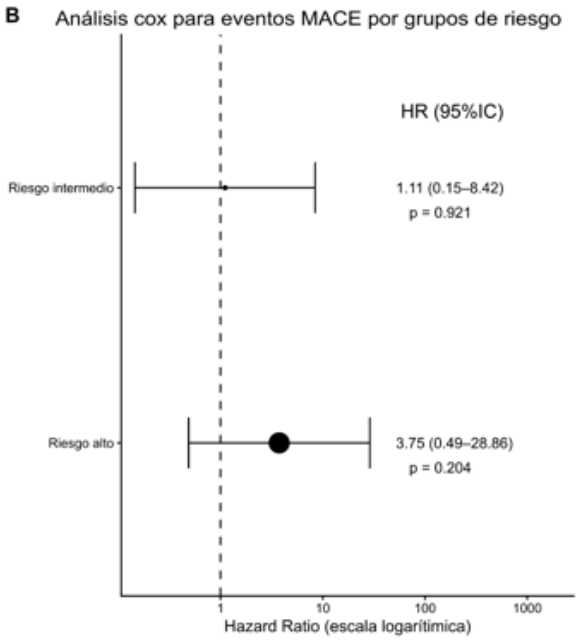
Métodos: Se incluyeron 463 pacientes con miocarditis aguda, estratificados en bajo (n=25), intermedio (n=346) y alto riesgo (n=92). Se compararon las características basales entre grupos. La supervivencia libre de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE: muerte, trasplante cardíaco, asistencia ventricular izquierda, hospitalización por insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico o arritmias ventriculares sostenidas) se evaluó mediante Kaplan-Meier y regresión de Cox. La discriminación del modelo se analizó con el estadístico C de Harrell.

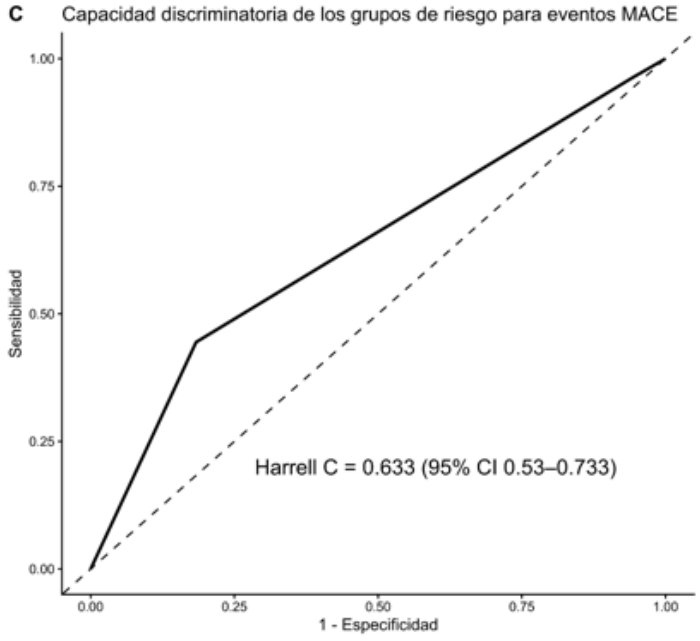
Resultados: Las categorías de riesgo identificaron perfiles clínicos diferenciados. Los pacientes de alto riesgo eran mayores (44,2±20,4 años; p<0,001) y presentaron mayor carga de eventos, con mayor mortalidad (9%; p=0,001). La supervivencia libre de MACE difirió significativamente entre grupos (log-rank p<0,001), con un gradiente creciente de riesgo. No se observó asociación en el grupo intermedio (HR 1,11; IC 95%: 0,15–8,42; p=0,921) y el grupo de alto riesgo mostró un incremento no significativo del riesgo (HR 4,75; IC 95%: 0,49–28,86; p=0,204). El modelo presentó una discriminación moderada (C de Harrell 0,633; IC 95%: 0,53–0,733).

Conclusiones: En la cohorte PRE-MYO, el modelo identificó perfiles clínicos distintos y mostró una separación

progresiva del riesgo. Aunque no se confirmó significación independiente en el análisis multivariable, probablemente por el bajo número de eventos, el gradiente observado sugiere una estratificación clínicamente relevante.







Características basales y eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE)

Variable	Total (n=463)	Bajo riesgo (n=25)	Riesgo intermedio (n=346)	Alto riesgo (n=92)	*p-value*
CARACTERÍSTICAS BASALES					
Edad (años), media ± DE	37.95 ± 17.14	41.30 ± 18.79	36.06 ± 15.63	44.15 ± 20.41	***<0.001***
Hombres, n (%)	376 (81.2)	18 (72.0)	299 (86.4)	59 (64.1)	***<0.001***
FEVI (categorías), n (%)					
Preservada (≥50%)	353 (78.6)	21 (91.3)	290 (86.1)	42 (47.2)	***<0.001***
Ligeramente reducida (40–49%)	48 (10.7)	0 (0.0)	37 (11.0)	11 (12.4)	-
Reducida (<40%)	35 (7.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	35 (39.3)	-
No disponible	27 (3.0)	2 (8.7)	10 (3.0)	1 (1.1)	-
Realce tardío de gadolinio, n (%)	347 (85.3)	0 (0.0)	291 (92.1)	56 (74.7)	***<0.001***
EVENTOS CARDIOVASCULARES ADVERSOS MAYORES (MACE)					
Muerte, n (%)	13 (2.9)	1 (4.0)	4 (1.2)	8 (9.0)	***0.001***
Trasplante cardíaco, n (%)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	*0.255*
Implante DAVI, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	*1.000*
Hospitalización por IC, n (%)	4 (0.9)	0 (0.0)	2 (0.6)	2 (2.2)	*0.363*
Shock cardiogénico, n (%)	4 (0.9)	1 (4.0)	1 (0.3)	2 (2.2)	***0.040***
Arritmias ventriculares sostenidas, n (%)	2 (0.4)	1 (4.0)	1 (0.3)	0 (0.0)	*0.148*

Abreviaturas: FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; DAVI: Dispositivo de asistencia ventricular izquierda; IC: Insuficiencia cardíaca.