

Más allá de la fracción de eyección: el strain miocárdico como predictor de recurrencia sintomática en la miocarditis

Alberto Esteban Fernández(1), María Molina Villar(1), Aitor Uribarri González(2), Carles Díez López(3), Ainhoa Robles Mezcua(4), Pablo Pastor Pueyo(5), Domingo Andrés Pascual Figal(6), Esteban Martín Álvarez(7), Héctor Bueno Zamora(8), Juan Górriz Magaña(9), Oriol de Diego(10), Antonio Miñano Oyarzábal(11), David Vaqueriza Cubillo(12), Ana Belén Maestre Hernández(13) y Fernando Domínguez Rodríguez(14) de (1)Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España, (2)Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (3)Hospital Universitario de Bellvitge, L´Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (4)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga - España, (5)Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España, (6)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España, (7)Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España, (8)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (9)Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid - España, (10)Hospital Clínic, Barcelona - España, (11)Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España, (12)Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid - España, (13)Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la Arrixaca, Murcia - España y (14)Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España

Introducción: Predecir el pronóstico a largo plazo de la miocarditis únicamente con la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) sigue siendo un reto. El strain longitudinal global (GLS) puede detectar disfunción mecánica subclínica incluso con FEVI preservada. Nuestro objetivo fue evaluar el valor pronóstico del GLS en pacientes con miocarditis confirmada, especialmente en aquellos con FEVI "aparentemente normal".

Métodos: Análisis del registro prospectivo Pre-MYO (76 centros, España). El GLS se clasificó como normal (<-18%), borderline (-16% a -18%) y anormal (?16%). Se establecieron tres grupos: 1) FEVI normal/GLS normal; 2) FEVI normal/GLS anormal-borderline; y 3) FEVI reducida. Se compararon características basales, tratamiento al alta y eventos al año (MACE: muerte CV, hospitalización por IC y arritmias graves; y recurrencia sintomática).

Resultados: Se incluyeron 157 pacientes (46,6±19,6 años; 64,1% varones). Los pacientes con FEVI normal/GLS anormal eran más jóvenes (35,9±19,9 años) y predominantemente varones (78,9%) frente a los de FEVI reducida (50,6±18,0 años; 56,5%; p=0,001 y p=0,011). La pericarditis fue más frecuente en el grupo FEVI normal/GLS anormal (50,0% vs 14,3% y 10,2%; p=0,010), así como el dolor torácico (94,7% vs 86,2% y 56,5%; p<0,001). Al alta recibieron más AINEs (45,0% vs 37,9% y 20,4%; p=0,026) y colchicina (55,0% vs 37,9% y 17,6%; p=0,001), sin diferencias en corticoides (p=0,771) (Tabla 1). Al año, las tasas de MACE fueron bajas y similares. Sin embargo, la recurrencia de dolor torácico fue significativamente mayor en el grupo FEVI normal/GLS anormal (52,9% vs 40,7% y 16,2%; p<0,001), con tendencia similar para la recurrencia global de síntomas (52,9% vs 40,7% y 26,3%; p=0,056) (Figura 1).

Conclusiones: En la miocarditis confirmada, el strain anormal con FEVI preservada identifica un fenotipo con mayor componente inflamatorio-pericardítico y un riesgo significativamente incrementado de recurrencia de dolor torácico. El GLS aporta valor pronóstico incremental sobre la FEVI y podría guiar estrategias antiinflamatorias más

individualizadas.

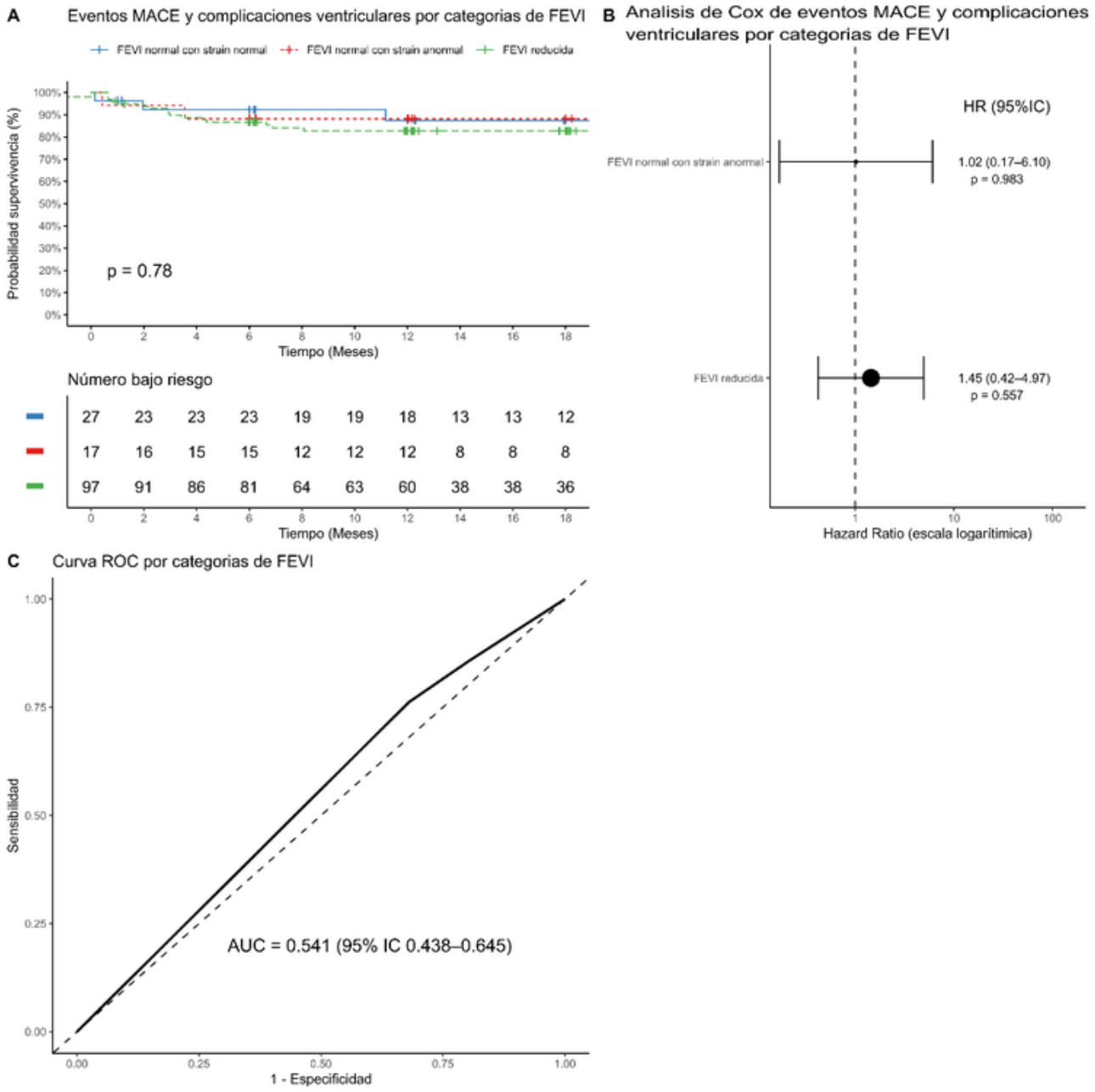


Tabla 1. Evolución de la miocarditis según FEVI y GLS

Variable	FEVI normal / GLS normal (n=30)	FEVI normal / GLS anormal* (n=19)	FEVI reducida (n=108)	p
Edad, años	38,9 ± 21,0	35,9 ± 19,9	50,6 ± 18,0	0,001
Varones, n (%)	24 (82,8)	15 (78,9)	61 (56,5)	0,011
Pico de troponina T de alta sensibilidad (pg/mL)	866.00 [431.50, 6109.50]	768.00 [572.25, 1184.25]	2045.00 [670.00, 2504.00]	0,535
NT-proBNP (pg/mL)	136.00 [68.50, 217.00]	260.00 [51.00, 460.00]	5345.00 1282.0, 9864,0]	<0,001
Proteína C reactiva (mg/dL)	2.70 [1.00, 5.00]	4.00 [1.84, 4.60]	5.39 [1.90, 11.89]	0,030
Pericarditis, n (%)	2 (14,3)	5 (50,0)	6 (10,2)	0,010
Dolor torácico al ingreso, n (%)	25 (86,2)	18 (94,7)	61 (56,5)	<0,001
Disnea al ingreso, n (%)	4 (13,8)	2 (10,5)	59 (54,6)	<0,001
Tratamiento al alta				
AINEs, n (%)	11 (37,9)	9 (45,0)	22 (20,4)	0,026
Colchicina, n (%)	11 (37,9)	11 (55,0)	19 (17,6)	0,001
Corticoides, n (%)	4 (13,8)	3 (15,0)	22 (20,4)	0,771
Eventos a 1 año				
Recurrencia de dolor torácico, n (%)	11 (40,7)	9 (52,9)	16 (16,2)	<0,001
Recurrencia de síntomas, n (%)	11 (40,7)	9 (52,9)	26 (26,3)	0,056
Hospitalización por IC, n (%)	0 (0,0)	1 (5,9)	3 (3,0)	0,521
Mortalidad, n (%)	2 (7,4)	0 (0,0)	9 (9,1)	0,549
Arritmias ventriculares (seguimiento), n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-