

Valor predictivo del INFLA-SCORE en pacientes con miocarditis: hallazgos del registro nacional prospectivo Pre-MYO

Alberto Esteban Fernández(1), Raúl Gascueña Rubia(1), Ángel Manuel Iniesta Manjavacas(2), Carles Díez López(3), Aitor Uribarri González(4), Jara Gayán Ordás(5), Héctor Bueno Zamora(6), Silvia López Fernández(7), Beatriz Poyatos Herraiz(8), Ángel Caballero Parrilla(9), Juan Fernández(10), Jesús Gabriel Sánchez Ramos(11), María Martín Fernández(12), Omar Montenegro Guijalba(13) y Domingo Andrés Pascual Figal(8) de (1)Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España, (2)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (3)Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona - España, (4)Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España, (5)Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España, (6)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (7)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España, (8)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España, (9)Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (10)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España, (11)Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada - España, (12)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España y (13)Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la Arrixaca, Murcia - España

Introducción: La miocarditis presenta una elevada heterogeneidad clínica y la predicción de la recurrencia sintomática a largo plazo sigue siendo un reto pese a los estándares diagnósticos actuales. El INFLA-SCORE, índice multidimensional de inflamación sistémica, podría caracterizar mejor esta carga inflamatoria. Evaluamos su utilidad para predecir el manejo clínico y los eventos al año en una amplia cohorte nacional prospectiva.

Métodos: Se seleccionaron pacientes con miocarditis confirmada y datos basales completos del registro Pre-MYO (76 centros, España). El INFLA-SCORE (combinación de PCR, leucocitos y ratio neutrófilos/linfocitos) se calculó al ingreso. Los pacientes se estratificaron en cuartiles (Q1–Q4). El objetivo primario fue MACE al año (muerte CV, hospitalización por IC o arritmias graves). Los secundarios incluyeron recurrencia sintomática y recuperación de la FEVI.

Resultados: Se incluyeron 713 pacientes (40,6±18,8 años; 78,3% varones). El score estratificó adecuadamente la población (mediana Q1: -8; Q4: 9). Los pacientes en Q4 presentaron más disnea (28,1% vs 15,1%; p=0,003), fiebre (43,8% vs 20,7%; p<0,001), insuficiencia cardíaca intrahospitalaria (12,9% vs 3,4%; p=0,006), necesidad de soporte hemodinámico (7,9% vs 1,7%; p=0,032) y menor FEVI (49,0% vs 54,8%; p=0,006), con NT-proBNP más elevado (mediana 754 vs 305 pg/mL; p=0,039). El realce tardío en CRM fue similar entre cuartiles (p=0,887). Al alta, los pacientes en Q4 recibieron más corticoides (15,6% vs 5,4%; p=0,007), con uso homogéneo de colchicina (51,7%) y diferencias modestas en AINEs (p=0,045) (Tabla 1). Al año, el MACE fue infrecuente (1,5%) y similar entre grupos; sin embargo, Q4 mostró una tendencia a menor recurrencia sintomática (34,8% vs 44,8%) y de dolor torácico (31,1% vs 41,9%) (Figura 1).

Conclusiones: El INFLA-SCORE identifica un fenotipo de miocarditis con mayor carga inflamatoria sistémica, peor

perfil clínico-hemodinámico al ingreso y mayor uso de corticoides al alta. Pese a esa mayor gravedad inicial, su evolución sintomática al año tiende a ser más favorable, lo que apoya el papel de estrategias antiinflamatorias precoces y personalizadas guiadas por este score.

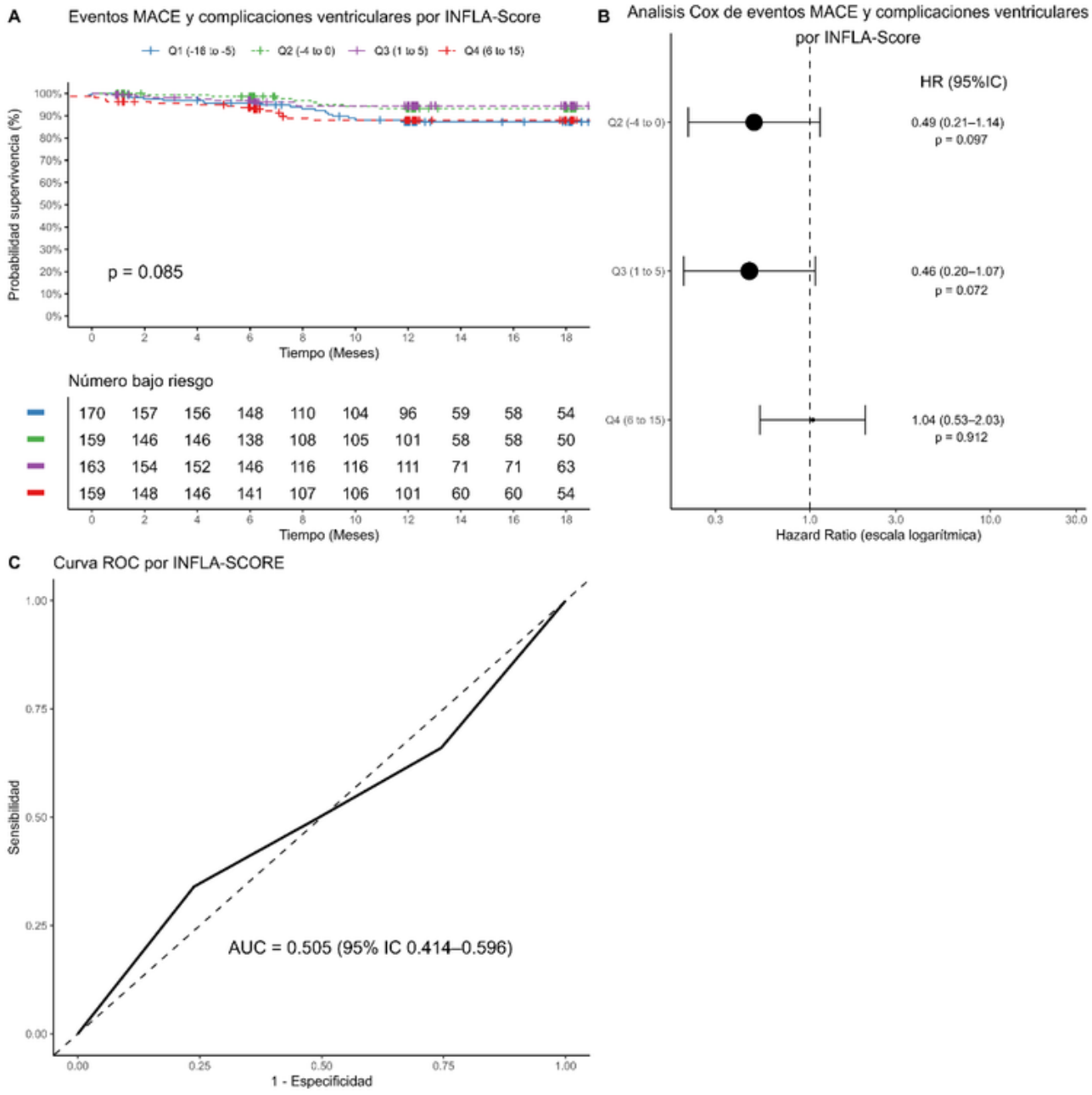


Tabla 1. Perfil del paciente y evolución clínica estratificados por cuartiles del INFLA-SCORE

Variable	Total (n=713)	Q1 (n=179)	Q2 (n=178)	Q3 (n=178)	Q4 (n=178)	p
Edad, años	40,6 ± 18,8	42,1 ± 19,0	39,2 ± 18,3	38,6 ± 17,7	42,6 ± 20,0	0,106
Varones, n (%)	558 (78,3)	140 (78,2)	141 (79,2)	144 (80,9)	133 (74,7)	0,548
Dolor torácico, n (%)	621 (87,1)	159 (88,8)	163 (91,6)	155 (87,1)	144 (80,9)	0,035
Disnea, n (%)	136 (19,1)	27 (15,1)	35 (19,7)	24 (13,5)	50 (28,1)	0,003
Fiebre, n (%)	260 (36,5)	37 (20,7)	69 (38,8)	76 (42,7)	78 (43,8)	<0,001
PCR al ingreso (mg/dL), mediana	3,93	1,24	2,88	5,32	11,68	<0,001
NT-proBNP al ingreso (pg/mL), mediana	492	305	—	—	754	0,039
FEVI basal, %	52,9 ± 13,5	54,8 ± 12,6	55,5 ± 11,9	53,1 ± 11,9	49,0 ± 15,5	0,006
Realce tardío con gadolinio, n (%)	461 (75,1)	115 (72,3)	118 (76,6)	119 (78,3)	109 (73,2)	0,887
Complicaciones intrahospitalarias						
Insuficiencia cardíaca, n (%)	51 (7,2)	6 (3,4)	12 (6,7)	10 (5,6)	23 (12,9)	0,006
Soporte hemodinámico, n (%)	28 (3,9)	3 (1,7)	5 (2,8)	6 (3,4)	14 (7,9)	0,032
AINEs al alta, n (%)	219 (35,0)	40 (26,8)	63 (40,6)	63 (39,1)	53 (33,1)	0,045
Colchicina al alta, n (%)	323 (51,7)	69 (46,3)	88 (56,8)	85 (52,8)	81 (50,6)	0,325
Corticoides al alta, n (%)	58 (9,3)	8 (5,4)	9 (5,8)	16 (9,9)	25 (15,6)	0,007
Eventos al año						
MACE, n (%)	10 (1,5)	3 (1,8)	1 (0,6)	5 (3,0)	1 (0,6)	0,298
Recurrencia de síntomas, n (%)	271 (41,4)	77 (44,8)	69 (43,4)	69 (42,3)	56 (34,8)	0,069
Hospitalización por IC, n (%)	9 (1,4)	3 (1,7)	1 (0,6)	0 (0,0)	5 (3,1)	0,156