

Evolución de la miocarditis aguda en pacientes con etiología viral demostrada: análisis del registro PREMYO

Juan Manuel Serrano Marcos(1), Silvia López Fernández(1), Laua Fernández Castarnado(1), Ángel Manuel Iniesta Manjavacas(2), José María Larrañaga Moreira(3), Jorge Moreno Fernández(4), Fernando Domínguez Rodríguez(5), Manuel Barreiro Pérez(6), José Seijas Amigo(7), Oriol de Diego(8), David Vaqueriza Cubillo(9), Jesús Piqueras Flores(10), Juan Antonio Castillo Moreno(11), Ángela Carrillo Molina(12) y Domingo Andrés Pascual Figal(4) de (1)Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada - España, (2)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (3)Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España, (4)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España, (5)Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid - España, (6)Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra) - España, (7)Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (8)Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España, (9)Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid - España, (10)Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real - España, (11)Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) - España y (12)Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la Arrixaca, Murcia - España

Introducción: La miocarditis presenta una marcada heterogeneidad etiológica y pronóstica, siendo la causa viral la más frecuente. Asimismo, no todos los virus comparten el mismo tropismo ni agresividad miocárdica, lo que podría condicionar diferencias relevantes en la evolución clínica.

Métodos: La cohorte Pre-MYO es un registro prospectivo, observacional, en práctica clínica y multicéntrico de escala nacional (72 hospitales, 17 Comunidades Autónomas) que caracteriza a pacientes con sospecha clínica de miocarditis aguda. En el presente trabajo se analizan la evolución de pacientes con miocarditis y etiología viral revisada por un comité clínico (mediante biopsia endomiocárdica (BEM) o reacción en cadena de la polimerasa (PCR) viral positiva y/o IgM viral positiva si clínicamente se excluyen otras causas) entre septiembre del 2023 y abril del 2026.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes con miocarditis de etiología viral confirmada, 52 casos (94.5%) mediante PCR y 3 mediante BEM (5.5%). Los virus más frecuentes fueron Influenza A (23.6%), coronavirus (16.4%), norovirus (16.4%) y parvovirus B19 (10.9%), mientras que otros virus representan el 32.7% de los casos (Tabla 1).
Durante el ingreso, el shock cardiogénico se presentó en el 38.5% de los pacientes con infección por Influenza A, sin casos en el resto de etiologías ($p=0.003$). De forma similar, la disfunción ventricular fue significativamente más frecuente en los pacientes con Influenza A (46.2%) y parvovirus B19 (50.0%), sin registrarse en otras etiologías ($p<0.001$).
Durante el seguimiento a 18 meses, el análisis del endpoint combinado de muerte cardiovascular, reingreso por insuficiencia cardiaca, persistencia de síntomas y arritmias ventriculares no mostró diferencias significativas (long rank; $p=0.99$) (Figura 1). Asimismo, el análisis individual de cada uno de los eventos tampoco evidenció diferencias entre los distintos agentes virales.

Conclusiones: En nuestra cohorte la miocarditis aguda viral por Influenza A y parvovirus B19 fueron las más frecuentes y tienen un perfil clínico más grave a nivel intrahospitalario que otros virus; sin embargo, estas diferencias no se traducen en un peor pronóstico a medio plazo, sugiriendo que la evolución posterior de la miocarditis viral tiende a ser homogénea independientemente del agente.

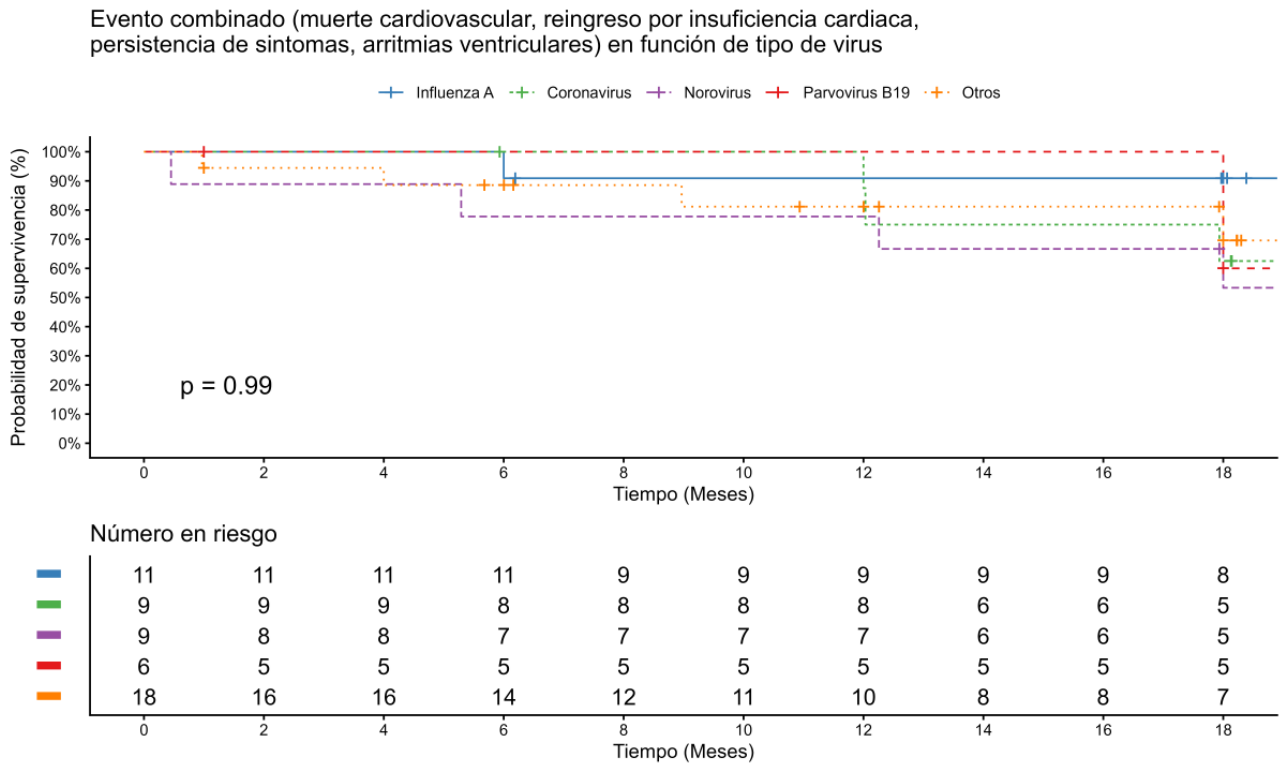


Tabla 1. Características basales, complicaciones intrahospitalarias y en el seguimiento de pacientes con miocarditis de etiología viral confirmada.

Variable	Total (n=55)	Influenza A (n=13)	Coronavirus (n=9)	Norovirus (n=9)	Parvovirus B19 (n=6)	Otros (n=18)	p-valor
Detección por PCR (%)	94.5	92.3	100	100	66.7	100	
Detección por biopsia (%)	5.5	7.7	0	0	33.3	0	
Intrahospitalarias							
Insuficiencia cardíaca (%)	3.6	15.4	0	0	0	0	0.236
Shock cardiogénico (%)	9.1	38.5	0	0	0	0	0.003
Arritmias ventriculares (%)	0	0	0	0	0	0	1.000
Disfunción ventricular (%)	16.4	46.2	0	0	50.0	0	<0.001
Seguimiento							0.99
Recurrencia de síntomas (%)	35.8	36.4	55.6	44.4	33.3	22.2	0.508
Hospitalización por IC (%)	0	0	0	0	0	0	1.000
Arritmia ventricular (%)	0	0	0	0	0	0	1.000
Muerte (%)	0	0	0	0	0	0	1.000

*Reacción en cadena de la polimerasa (PCR), Insuficiencia cardiaca (IC)