



2. HISTORIA NATURAL Y PREDICTORES DE RECUPERACIÓN MIOCÁRDICA Y RECURRENCIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON TAQUIMIOCARDIOPATÍA

Luis Manuel Domínguez-Rodríguez, David Dobarro Pérez, Carla Iglesias Otero, Sergio Raposeiras Roubín, Rafael José Cobas Paz, Isabel Muñoz Pousa, María Melendo Viu, Emad Abu Assi y Andrés Iñiguez Romo

Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La evidencia acerca de los predictores de recuperación miocárdica y recaída en pacientes con taquimiocardiopatía (TMC) es escasa.

Métodos: Analizamos datos de una cohorte unicéntrica de 200 pacientes ingresados por IC y sospecha inicial de TMC entre 2008 y 2020. Se ha definido la recuperación miocárdica como mejoría de la FEVI a $\geq 50\%$ (recuperación completa) o incremento de FEVI de $\geq 10\%$ hasta $\geq 40\%$ (recuperación parcial). Se han dividido las TMC en puras (si la arritmia se considera la única etiología de la disfunción) e impuras (en caso de diagnosticarse durante el seguimiento otra cardiopatía subyacente que pudiese contribuir a la disfunción). Las recaídas de la disfunción sistólica se definieron como la recurrencia de la disfunción en pacientes con recuperación completa o un descenso de FEVI de $\geq 10\%$.

Resultados: Tras una mediana de seguimiento de 6,14 años, 168 pacientes (84,0%) presentaron recuperación miocárdica completa. 20 pacientes (10,0%) recuperación parcial y 12 (6,0%) no mostraron una mejoría significativa de la FEVI, por lo que no cumplieron los criterios diagnósticos de TMC. De los 188 pacientes con recuperación miocárdica, 90 (47,9%) se clasificaron como TMC pura y 98 (52,1%) como TMC impura. Los pacientes con TMC pura presentaron mejores tasas de recuperación miocárdica y menor riesgo de recaída, aunque la mortalidad, asistencias a Urgencias y reingresos por IC fueron similares que en el grupo de TMC impura. El sexo masculino, el BRIHH, la menor FC y FEVI, el mayor DTDVI y diámetro de la aurícula izquierda (AI) y las TVNS durante el ingreso se asociaron con menores tasas de recuperación miocárdica completa. Durante el seguimiento, 64 pacientes (34,04%) presentaron una recaída de la disfunción. Se identificaron como predictores de recaída el sexo masculino, la menor edad, la dilatación y disfunción del VD, la menor FEVI, el mayor DTDVI tras la recuperación, las TVNS durante el ingreso, el mayor diámetro de la AI y la recurrencia de la arritmia.

Eventos	Población total (n = 200)	Sin recuperación miocárdica (no cumple criterios de TMC) (n = 12) (6,0%)	TMC pura (n = 90) (45,0%)	TMC impura (n = 98) (49,0%)	p
Recuperación miocárdica (FEVI), n (%)					
Ausencia de recuperación	12 (6,00)	12 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,001
Recuperación parcial (40-49%)	20 (10,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	20 (20,41)	
Recuperación completa (? 50%)	168 (84,00)	0 (0,00)	90 (100,00)	78 (79,59)	
Recuperación miocárdica completa al alta hospitalaria, n (%)	21 (10,50)	0 (0,00)	16 (17,78)	5 (5,10)	0,006
Tiempo hasta recuperación miocárdica, años (DE)	1,26 (1,37)	-	1,00 (1,35)	1,49 (1,35)	0,007
Recaída de la disfunción tras la recuperación miocárdica, n (%)					
Sin recaída	124 (65,96)	-	73 (81,11)	51 (52,04)	0,001
Recaída menor (FEVI > 40%)	15 (7,98)	-	6 (6,67)	9 (9,18)	
Recaída mayor (FEVI ? 40%)	49 (26,06)	-	11 (12,22)	38 (38,78)	
Tiempo hasta recaída de la disfunción, años (DE)	2,99 (2,22)	-	3,22 (2,47)	2,90 (2,15)	0,689
Asistencias a Urgencias tras la recuperación miocárdica, n (%)	65 (34,57)	-	27 (30,00)	38 (38,78)	0,206
Hospitalización por IC tras la recuperación miocárdica, n (%)	40 (21,28)	-	15 (16,67)	25 (25,51)	0,139

Muerte, n (%)					
Por cualquier causa	43 (21,5)	6 (50,00)	18 (20,00)	19 (19,39)	0,046
Cardiovascular	7 (16,28)	0 (00,00)	2 (11,11)	5 (26,32)	
No cardiovascular	26 (60,47)	2 (33,33)	11 (61,11)	13 (68,42)	0,039
Muerte súbita	6 (13,95)	3 (50,00)	2 (11,11)	1 (5,26)	
Causa desconocida	4 (9,30)	1 (16,67)	3 (16,67)	0 (0,00)	

Conclusiones: La incidencia de eventos adversos en pacientes con TMC es alta, independientemente de la presencia de cardiopatía subyacente. Existen parámetros que permiten predecir la recuperación miocárdica e identificar pacientes con alto riesgo de eventos que podrían beneficiarse de un seguimiento estrecho y tratamiento médico óptimo.