



5. MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS: PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA

Charlotte Boillot, Belén Santos González, Ana Díaz Rojo, Andrea González Pigorini, María Cristina Morante Perea, Ainhoa Aguinaga Mendibil, Alejandro Cabello Rodríguez, Lucía Villafáfila Martínez, Joan Ramon Enseñat, Patricia del Valle Tabernero, Carlos de Cabo Porras, Alejandro Gadella Fernández, Álvaro Serrano Blanco y Luis Rodríguez Padial

Hospital General Universitario de Toledo, Toledo, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una entidad con importantes implicaciones pronósticas. El objetivo de este estudio es evaluar los factores que aumentan el riesgo de presentar una muerte súbita.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional realizado en pacientes con MCH con edad menor de 65 años a los que se realizó resonancia cardiaca (RMC) entre junio de 2016 y agosto de 2021 en nuestro centro. Se ha calculado el riesgo individual mediante la calculadora HCM Risk-SCD de la Sociedad Europea de Cardiología.

Resultados: La muestra incluyó 150 pacientes con diagnóstico de MCH. La edad media fue de 48,3 años; 128 pacientes (85,9%) eran varones y el tiempo de seguimiento medio fue de 37,8 meses ($\pm 17,2$). En relación con el estudio genético, se realizó solo en 30 pacientes (20%), siendo los genes más frecuentes gen MYH7, MYBPC3I y TPM1. 25 pacientes (16,7%) eran portadores de desfibrilador automático (DAI) de los cuales 17 se indicaron en prevención primaria. 16 pacientes (10,7%) sufrieron un evento mayor (entendido como arritmia ventricular maligna) y de estos, 2 (12,5%) presentaron una muerte súbita no recuperada y 5 (31,3%) descargas apropiadas de DAI evitando así el muerte, estos resultados fueron estadísticamente significativos. Aquellos pacientes que sufrieron un evento mayor tenían un riesgo medio de $4,1 \pm 2,46$, un espesor ventricular máximo medio de $20,8 \pm 5,46$ y un porcentaje de realce medio de $7,48 \pm 6,78$, todo ello de forma estadísticamente significativa. Por otro lado, la presencia de realce, el porcentaje de realce y el aneurisma apical se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la incidencia de eventos mayores (respectivamente: OR 5,35; IC95% 1,39-50,2 p = 0,021; OR 3,03; IC95% 1,52-7,21 p = 0,003; OR 7,99; IC95% 2,10-75,4 p = 0,005). Dichos parámetros no se incluyen en la calculadora de riesgo de la Sociedad Europea de Cardiología.

Características demográficas y hallazgos clínicos

Variable	Evento mayor Sí	Evento mayor No	P
----------	-----------------	-----------------	---

Hombre	13 (81,3%)	115 (85,8%)	0,57
Mujer	3 (18,8%)	18 (13,4%)	0,57
Antecedentes familiares MCH	4 (25%)	42 (31,3%)	0,60
TVNS	4 (25%)	9 (6,7%)	0,2
Aneurisma apical	3 (18,8%)	4 (2,9%)	0,005
Obstrucción dinámica VI	2 (12,5%)	22 (16,4%)	0,16
Presencia de realce tardío	13 (81,3%)	68 (50,7%)	0,021
Porcentaje de realce por grupos			
> 15%	3 (18,8%)	6 (4,5%)	0,003
5-15%	0	13 (9,7%)	
5%	9 (56,3%)	92 (68,7%)	
Espesor máximo	20,81 (\pm 5,46)	18,35 (\pm 4,23)	0,036
Score riesgo	4,08 (\pm 2,46)	2,40 (\pm 1,39)	0,001
Tamaño auricular	44,2 (\pm 11,2)	40,22 (\pm 7,2)	0,054

MCH: miocardiopatía hipertrófica; TVNS: taquicardia ventricular no sostenida.

Conclusiones: La miocardiopatía hipertrófica sigue siendo una entidad con muchas incógnitas. Este estudio, a pesar el número limitado de pacientes remarca la asociación significativa entre los eventos mayores y la presencia de realce de gadolinio, la cantidad de realce y el aneurisma apical, marcadores que no se engloban en el cálculo del riesgo según las guías europeas.