



Revista Española de Cardiología



5. TAQUIMIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR ARRITMIAS. UNA ENTIDAD TODAVÍA POR DESCUBRIR

Rosa María Jiménez Hernández, Javier Alonso Bello, Elena Magallanes-Ribeiro Catalán, Carmen Cristóbal Varela, Iria Andrea González García, Adriana de la Rosa Riestra, Carlos Gutiérrez Landaluze, Catherine Graupner Abad, José María Serrano Antolín, Pedro Luis Talavera Calle, Silvia del Castillo Arrojo y Alejandro Curcio Ruigómez

Cardiología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía inducida por arritmias (TQMCD) es una forma de miocardiopatía dilatada que cursa con disfunción ventricular izquierda, potencialmente reversible. Su diagnóstico se realiza tras descartar otras causas de miocardiopatía. Nuestro objetivo es conocer el perfil clínico y las formas de presentación, valorando su evolución clínica según la estrategia de tratamiento utilizada.

Métodos: Se incluyen 122 pacientes con disfunción ventricular izquierda *de novo* (FEVI 100 lpm) y/o presencia de EV de alta densidad (> 15 EV/h). A criterio médico se decide control de ritmo (CR) o control de frecuencia (CF). Se registran variables clínicas, ecocardiográficas y evolutivas comparándolas entre ambos grupos.

Resultados: Edad media de 65 [60-74] años y 75% de varones. Las características clínicas son: HTA 58%, dislipemia 46%, DM tipo 2, 31%, hábito enólico 19%, neumopatía 33,5%, FA previa 29%, obesidad (IMC > 30) 65% y enfermedad renal crónica 36%. El 90% precisa ingreso por insuficiencia cardiaca aguda siendo el síntoma de debut la disnea. La arritmia responsable es la FA (82%), seguida del *flutter* (11%) y la taquicardia auricular (4%). con una frecuencia media de 131 lpm. La FEVI al diagnóstico fue del 33% [19-46] y el tamaño de la aurícula izquierda de $46 \pm 5,8$ mm. Se decide estrategia de CR en el 50% de los casos, realizando cardioversión eléctrica o farmacológica, con un 40% de recurrencias. Reciben FAA el 66% (amiodarona 64,8% y flecainida el 1,5%) y ablación de venas pulmonares el 48%. En el seguimiento a 20 [1-59] meses, reingresa por IC el 22% y sufre un ictus el 4,3%. Mortalidad total 9,4%. La estrategia de CR provoca más normalización de la FEVI (98 vs 75%, $p = 0,003$) y menor mortalidad total (2,9 vs 18,8%, $p = 0,004$), sin diferencia en las hospitalizaciones por IC (21,7 vs 22,8%, $p = 0,882$). En ambos grupos el perfil clínico fue similar, siendo el porcentaje de mujeres, hipertensos y cardiopatía estructural superior en el grupo de CF.

Conclusiones: La TMCD se produce en pacientes de edad avanzada, fundamentalmente varones con alta carga de FRCV. La arritmia más común es la FA y su debut son los signos y síntomas de IC. El CR consigue mayor normalización de la FEVI, sin reducir los ingresos por IC, siendo la recidiva de FA elevada. Se opta por CF con más frecuencia en las mujeres y en los pacientes con cardiopatía estructural previa.