Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 542

Revista Española de Cardiología

6028-12. RESINCRONIZACIÓN, REMODELADO Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE MUERTE SÚBITA EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA. ¿DEBEMOS PLANTEARNOS EL *DOWNGRADE* DE TRC-D A TRC-P EN RESPONDEDORES?

Nerea Mora Ayestarán, Ignacio Roy Añón, Óscar Alcalde Rodríguez, Gonzalo Luis Alonso Salinas, Javier Martínez Basterra, Mayte Basurte Elorz, Julene Ugarriza Ortueta, Arturo Lanaspa Gallego, Jara Amaiur García Ugaldebere y Nuria Basterra Sola

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización con desfibrilador (TRC-D) o marcapasos (TRC-P) mejora el pronóstico en miocardiopatía dilatada (MCD), al disminuir el riesgo de muerte súbita con la mejoría de FEVI. Estos dispositivos tienen una vida media útil de 5-7 años. El momento del recambio brinda la oportunidad de reevaluar la situación clínica del paciente y determinar el tipo de dispositivo que requiere. Objetivo: analizar los predictores de respuesta a TRC y examinar si la respuesta se traduce en una mayor supervivencia libre de eventos, con el fin de identificar pacientes en los que se podría plantear con seguridad y coste-efectividad una estrategia de *downgrade* a TRC-P.

Métodos: Análisis de características basales y evolución (eventos arrítmicos, terapias y mortalidad) de pacientes con MCD portadores de TRC-D en prevención primaria (2009-2016). Se considera respondedor si alcanza FEVI ? 40%, siempre y cuando presente una mejoría ? 20% respecto a FEVI inicial.

Resultados: De los 64 TRC-D implantados el 42,2% son respondedores. En cuanto a las características basales, se observa una peor clase funcional y más ERC y MCD isquémica en no respondedores, sin detectar diferencias en el tratamiento médico recibido. En el análisis multivariante, la mejor FEVI inicial (OR 1,19, IC95% 1,04-1,36), la mayor anchura del QRS (OR 1,04, IC95% 1,01-1,07) y la etiología no isquémica (OR 5,18, IC95% 1,09-24,64) son los principales predictores de respuesta a TRC. Durante el seguimiento, los respondedores presentan menos eventos arrítmicos (14,8 vs 56,8%, p 0,01), terapias (descargas 11,1 vs 54,1%, ATP 14,8 vs 56,8%, p 0,01) y mortalidad global (18,5 vs 56,8%, p 0,01). Esta diferencia es clínicamente muy significativa, de tal forma que ser respondedor reduce en un 85% la probabilidad de fallecer (OR 0,148, IC95% 0,04-0,62). Ningún paciente respondedor ha fallecido de causa cardiaca frente al 29,7% de no respondedores que sí lo han hecho.

Características basales y evolución de pacientes respondedores frente a no respondedores

	Respondedor (n = 27)	No respondedor (n = 37)	p

Sexo (masculino)	23 (85,2%)	35 (94,6%)	0,20
Edad al implante (años, media ± DE)	65,3 ± 10,39	66,9 ± 9,08	0,61
Fumador activo o exfumador	19 (70,4%)	26 (70,3%)	0,96
FRCV			
ERC	6 (22,2%)	20 (54,1%)	0,01
HTA	21 (77,8%)	23 (62,2%)	0,18
DM	9 (33,3%)	11 (29,7%)	0,76
FA	12 (44,4%)	23 (62,2%)	0,33
FEVI inicial (%, media ± DE)	26,2 ± 8,07	23,2 ± 7,01	0,14
QRS anchura (ms, media ± DE)	158,8 ± 23,92	150,3 ± 26,64	0,15
Tipo de miocardiopatía (no isquémica)	18 (66,7%)	15 (40,5%)	0,04
Tratamiento			
BB	27 (100%)	35 (97,2%)	0,39
IECA/ARAII	26 (96,3%)	30 (83,3%)	0,11
ARM	18 (66,7%)	25 (69,4%)	0,82
Amiodarona	2 (7,4%)	8 (22,2%)	0,11
NYHA			
			0,04
I	3 (11,1%)	0 (0,0%)	

II		18 (66,7%)	22 (61,1%)	
III		5 (18,5%)	14 (38,9%)	
IV		0 (0,0%)	0 (0,0%)	
No disponible		1 (3,7%)		
TCIV				
BRIHH		20 (87,0%)	25 (78,1%)	0,40
Otro		3 (13,0%)	7 (21,9%)	
RTG en MCDNI				
No RTG		5 (18,5%)	3 (8,1%)	
Sí RTG		8 (29,6%)	10 (27,0%)	0,40
No disponible		14 (51,9%)	24 (64,9%)	
Arritmias sostenidas (TV/FV)		4 (14,8)	21 (56,8)	0,01
Terapias	Descargas	3 (11,1)	20 (54,1)	0,01
	ATP	4 (14,8)	21 (56,8)	0,01
Mortalidad global		5 (18,5)	21 (56,8)	0,01
Causas de la muerte	Cardio	0 (0)	11 (29,7)	
	No cardio	5 (18,5)	5 (13,5)	0,01
	Desconocida	0 (0)	5 (13,5)	

ATP, terapia antitaquicardia; BB, betabloqueante; DE, desviación estándar; TCIV, trastorno de conducción intraventricular; RTG, realce tardío de gadolinio.

Conclusiones: La TRC disminuye los eventos arrítmicos y la mortalidad en MCD. Se detectan subgrupos de pacientes (mejor FEVI inicial, no isquémicos y QRS basal más ancho) que se benefician más de la TRC y en los que quizá el DAI beneficie menos. Sin embargo, los eventos residuales impiden emitir una recomendación definitiva sobre la seguridad del *downgrade* a TRC-P, siendo necesarios más estudios y la estratificación individual del riesgo de muerte súbita a la hora del recambio.