



6005-16. EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPOTRÓFICA (MCH): ¿ES LA FIBRILACIÓN AURICULAR EL ÚNICO PREDICTOR?

Andrez Felipe Cubides-Novoa, Jesús Piqueras Flores, Daniel Salas Bravo, José María Arizón Muñoz, Cristina de la Rubia Molina, Álvaro Moreno Reig, Maeve Soto Pérez, Daniel Águila Gordo, Cristina Mateo Gómez, Alfonso Morón Alguacil, Martín Negreira Caamaño, Jorge Martínez del Río, Emilio Blanco López, Pablo Soto Martín y M. Antonia Montero Gaspar

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: Los eventos tromboembólicos sistémicos son una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes con MCH, debido en su mayoría a la presencia de fibrilación auricular (FA) establecida o silente. Sin embargo, pueden existir otros factores que influyan en el desarrollo de estos eventos para instaurar precozmente el tratamiento anticoagulante. Objetivo: identificar predictores de eventos tromboembólicos adicionales a la FA en pacientes con MCH.

Métodos: Se estudia de manera prospectiva una cohorte de 138 pacientes diagnosticados con MCH de una unidad de cardiopatías familiares realizando un seguimiento de $64,1 \pm 3,6$ meses y analizando variables clínicas, electrocardiográficas, fenotípicas y genéticas.

Resultados: La edad media fue de $61 \pm 15,4$ meses, con un 63% de varones, 52% con antecedente de HTA, 21,7% de DM y 5,1% de ERC. El 30,4% tenían antecedente de FA o fueron diagnosticados de esta durante el seguimiento, el 32,6% estaban anticoagulados y el 20,3% con antiagregación simple. Durante el seguimiento el 12,3% presentó un evento embólico, predominando el ictus. Estos pacientes eran de mayor edad ($p = 0,048$), con FA diagnosticada más frecuente ($p = 0,01$), mayor diámetro auricular ($p = 0,014$) y mayor proporción de bloqueo interauricular avanzado (BIA) en el electrocardiograma ($p = 0,05$). En el análisis multivariado mediante regresión logística, el único factor predictor independiente de eventos embólicos fue la presencia o el desarrollo de FA (OR 3,96 IC95% 1,24-13 $p = 0,024$). Sin embargo, al analizar el ritmo en los electrocardiogramas cuando los pacientes tuvieron el evento embólico, el 41,2% de los eventos se presentaron en pacientes que estaban en ritmo sinusal. Estos pacientes tenían un diámetro auricular menor respecto a los pacientes en FA, sin diferencia en las demás variables estudiadas (tabla). En este grupo, se identificó el BIA avanzado como único factor predictor de ETE en este grupo de pacientes (OR 10,5 IC95% 63,9-XX, $p = 0,01$).

Características de pacientes con eventos tromboembólicos en ritmo sinusal y en FA

Sinusal

FA

p

Edad	67,7 ± 5,35	69,4 ± 3,9	0,79
Varón	42,9%	70%	0,35
HTA	71,4%	60%	1
DM	42,9%	30%	0,64
DAI	0%	30%	0,23
Bloqueo interauricular	51,1%	40%	1
Diámetro de la AI	39,7 ± 4,1	51,6 ± 2,9	0,03
Gradiente máximo	17,3 ± 2,9	18,3 ± 4	0,58
RTG	75%	75%	1
TVNS	20	80%	0,58
Positivo para cualquier mutación	40%	66,7%	0,57

No diferencia en variables estudiadas entre los dos grupos de pacientes, solo menor diámetro atrial en paciente con ritmo sinusal y eventos embólicos.

Conclusiones: La FA es el factor predictor más relevante de eventos tromboembólicos en MCH. Sin embargo, en pacientes en ritmo sinusal sin FA diagnosticada, el BIA se asoció con presentar embolias sistémicas, no observando relación con el diámetro auricular. Los pacientes con MCH y BIA se podrían beneficiar de intensificar el cribado de FA así como de anticoagulación precoz.