



4020-5. DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA. ¿NO EN AUSENCIA DE REALCE TARDÍO DE GADOLINIO?

Nerea Mora Ayestarán, Ignacio Roy Añon, Virginia Álvarez Asiain, Mercedes Ciriza Esandi, Mayte Basurte Elorz, Gemma Lacuey Lecumberri, Marina Segur García, Marina Oliver Ledesma, Betel Olaizola Balboa y Nuria Basterra Sola

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Resumen

Introducción y objetivos: La indicación actual para la implantación de desfibrilador automático implantable (DAI) en miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI) se basa en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y clase funcional, sustentándose en evidencia acumulada en cardiopatía isquémica y en estudios con un número limitado de pacientes con MCDNI. Estos criterios parecen insuficientes para identificar de manera adecuada a los pacientes con mayor riesgo de muerte súbita (MS). La presencia de realce tardío de gadolinio (RTG) puede aportar información adicional en la estratificación.

Métodos: Estudio observacional que recoge pacientes con MCDNI con disfunción ventricular izquierda moderada-grave a los que se ha realizado una resonancia (2013-2018). Se excluyen MCD secundarias. Análisis comparativo de la evolución (eventos arrítmicos, terapias y mortalidad) en función de la presencia o ausencia de RTG. Modelos multivariantes para predecir mortalidad global y cardíaca. Análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan Meier.

Resultados: De los 199 pacientes con MCDNI 80 (40,2%) presentan RTG, siendo la localización y el patrón más habitual la septal intramiocárdica lineal (69%). En cuanto a las características basales, en el grupo de pacientes con RTG, la función ventricular inicial es algo menor (FEVI 27,52 vs 32,98%, $p = 0,01$ y FEVD 44 vs 48,58%, $p = 0,01$) y hay una mayor proporción de varones (88,6 vs 67,5%, $p = 0,01$), sin observar diferencias en el resto de características. En cuanto al tratamiento, destaca que se implantan más desfibriladores (VR, DR o TRC-D) en los pacientes con RTG. En la evolución (seguimiento medio de 1.528 ± 734 días sin RTG y 1.066 ± 497 días con RTG, $p = 0,01$) los pacientes con RTG presentan mayor incidencia de MS o arritmias sostenidas (12,7 vs 2,5%, $p = 0,005$) así como mayor mortalidad, tanto global (17,7 vs 7,5%, $p = 0,027$) como cardíaca (10,1 vs 1,7%, $p = 0,015$). En el análisis multivariante, independientemente de las variables clásicamente utilizadas (FEVI y clase funcional), la presencia de RTG aumenta el riesgo de mortalidad, tanto global (OR 3,47, IC95% 1,29-9,35) como cardíaca (OR 9,08, IC95% 1,68-48,96).

Características basales, tratamiento y evolución en función de la presencia o ausencia de RTG

MCDNI sin RTG (n = 119)	MCDNI con RTG (n = 80)	p
-------------------------	------------------------	---

Edad (años, media $\pm$ desviación estándar)	62,69 $\pm$ 12,933	61,06 $\pm$ 12,887	0,385
Sexo masculino (%)	81 (67,5%)	70 (88,6%)	0,01
Hipertensión (%)	67 (55,8%)	41 (51,9%)	0,586
Dislipemia (%)	53 (44,2%)	35 (44,3%)	0,985
Diabetes (%)	27 (22,5%)	20 (25,3%)	0,647
Tabaquismo (%)	68 (57,1%)	47 (61%)	0,589
Fibrilación auricular (%)	41 (34,2%)	29 (36,7%)	0,713
Enfermedad renal crónica (%)	23 (19,2%)	14 (17,7%)	0,798
Clase funcional (NYHA)			
NYHA I	28 (26,2%)	28 (36,6%)	0,293
NYHA II	73 (68,2%)	44 (57,2%)	
NYHA III	6 (5,6%)	5 (6,5%)	
FEVI inicial (% , media $\pm$ desviación estándar)	32,98 $\pm$ 8,967	27,52 $\pm$ 8,728	0,01
FEVD inicial (% , media $\pm$ desviación estándar)	48,58 $\pm$ 10,743	44 $\pm$ 13,744	0,013
Tratamiento			
BB (%)	112 (93,3%)	76 (96,2%)	0,531
IECA/ARAI (%)	88 (73,3%)	54 (68,4%)	0,447

ARM (%)	73 (60,8%)	58 (73,4%)	0,067
Sac/valsartán (%)	18 (15%)	21(26,6%)	0,044
Amiodarona (%)	1 (0,8%)	5 (6,4%)	0,037
Dispositivos			
No portador (%)	101 (84,2%)	58 (73,4%)	
MCP (%)	4 (3,3%)	1 (1,3%)	0,015
DAI-VR o DR (%)	4 (3,3%)	8 (10,1%)	
TRC-P (%)	9 (7,5%)	4 (5,1%)	
TRC-D (%)	2 (1,7%)	8 (10,1%)	
FEVI en la evolución (% , media ± desviación estándar)	45,35 ± 11,249	40,72 ± 10,737	0,173
FEVD en la evolución (% , media ± desviación estándar)	55,03 ± 6,839	52,55 ± 10,692	0,133
Muerte súbita o arritmias sostenidas en no portadores de DAI (%)	3 (2,5%)	10 (12,7%)	0,005
Arritmias sostenidas (TV/FV) en portadores de DAI (%)	1 (0,8%)	3 (3,8%)	0,303
Terapias en portadores de DAI (%)	1 (0,8%)	3 (3,8%)	0,303
Mortalidad (%)			
General	9 (7,5%)	14 (17,7%)	0,027
Cardíaca	2 (1,7%)	8 (10,1%)	0,015

DAI: desfibrilador automático implantable; MCDNI: miocardiopatía dilatada no isquémica; MCP: marcapasos; RTG: realce tardío de gadolinio; TRC-D: desfibrilador con terapia de resincronización; TRC-P: marcapasos con terapia de resincronización.



Análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan Meier.

Conclusiones: El RTG es un potente marcador de riesgo en pacientes con MCDNI, asociado con menor FEVI, con mayor carga arrítmica y mortalidad. Puede ser una herramienta útil para identificar, independientemente de FEVI o clase funcional, a pacientes de mayor riesgo.