



Revista Española de Cardiología



6039-528. RAZONES PARA LA ADMINISTRACIÓN Y TOLERANCIA DE RANOLAZINA EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Antonio Romero¹, David López Cuenca², Ángel López Cuenca³, Ignacio Echeverría³, Gonzalo de la Morena Valenzuela², María José Oliva Sandoval² y Juan Ramón Gimeno Blanes² del ¹Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia, ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia y ³Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza (Murcia).

Resumen

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad en ocasiones limitante y de difícil manejo. Algunos pacientes continúan con síntomas relacionados con la disfunción diastólica severa y a la isquemia microvascular a pesar de los tratamientos habituales. La ranolazina es un fármaco antianginoso eficaz con efecto bloqueante del calcio y un perfil metabólico favorecedor del metabolismo de la glucosa. El objetivo del estudio es describir las razones que llevan a la administración de ranolazina en pacientes con MCH y la tolerancia del fármaco.

Resultados: Desde diciembre-2010 a enero-2014 20 pacientes con MCH (edad media 69 ± 18 años, 75% mujeres) recibieron ranolazina durante un tiempo medio de 12 ± 10 meses. El grosor medio fue $19,7 \pm 3,39$ mm, 6 (30%) tenían obstrucción, todos tuvieron FE $\pm 50\%$. 10 (50%) estaban en ritmo sinusal. El motivo para el inicio de ranolazina fue angina rebelde en 2 (10%), disnea en 11 (55%) y angina y disnea en 7 (35%). 6 (30%) refirieron una clara mejoría de los síntomas. La dosis máxima alcanzada fue de 500 mg/12 horas. 14 (70%) llevaban betabloqueante, 4 (20%) verapamil, 1 (5%) nitratos, 15 (75%) diuréticos, 1 (5%) disopiramida, 4 (20%) amiodarona. La duración del QRS y QTc previo fue similar al que presentaba tras iniciar el tratamiento con ranolazina (110 ± 30 vs 114 ± 34 , ns y 456 ± 31 ms vs 451 ± 30 , ns, para QRS y QTc respectivamente). En 4 (20%) pacientes hubo que suspender el tratamiento por efectos secundarios: intolerancia digestiva en 2 (10%), síntomas vagales 2 (20%). En 1 (5%) caso se suspendió el tratamiento por ausencia de mejoría de los síntomas. No hubo eventos arrítmicos en ningún caso.

Conclusiones: La ranolazina se emplea en el tratamiento de pacientes con MCH con síntomas isquémicos y disnea refractaria con mejoría sintomática en algunos casos. La prevalencia de efectos secundarios menores con ranolazina en la MCH es elevada, obligando a retirar el fármaco, quizá en relación con interacciones con otros fármacos habituales en estos pacientes.