



5023-4. DIFERENCIAS ENTRE EL EFECTO CLÍNICO Y ECOCARDIOGRÁFICO DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN APLICADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA LEVE VERSUS AVANZADA

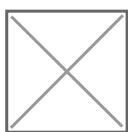
Aurelio Quesada Dorador¹, Mónica Giménez Alcalá², Rafael Payá Serrano¹, José Leandro Pérez Boscá¹, Francisco Ridocci Soriano¹, Juan Cosín Sales³, M. Asunción Hervás Botella³ y Ernesto Dalli Peydró³ del ¹Consortio Hospital General Universitario de Valencia, ²Hospital de la Plana, Villarreal (Castellón) y ³Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Resumen

Introducción: Aunque la terapia de resincronización cardiaca (TRC) ha demostrado sus beneficios sobre el remodelado ventricular y el pronóstico de los pacientes (ptes) con insuficiencia cardiaca (IC) tanto leve como avanzada, existen pocos trabajos analizando si la intensidad de dichos efectos difiere según la severidad clínica de la IC en el momento del implante. Por ello, estudiamos la magnitud de los cambios clínicos y ecocardiográficos en los pacientes candidatos a TRC dependiendo de su clase funcional NYHA basal.

Métodos: Se incluyeron 98 ptes consecutivos con indicación clase I de implante de desfibrilador-TRC (DAI-TRC), registrando variables demográficas, clínicas y ecocardiográficas basales, siguiéndolos prospectivamente (media $24 \pm 5,1$ meses). Un 78,6% eran hombres, edad media 73 ± 15 años. La miocardiopatía isquémica estaba presente en el 51%, y un BRI en 82,7%. La FE media fue $25 \pm 10\%$ con diámetros ventriculares izquierdos telediastólicos y telesistólicos (DTDVI/DTSVI) medios de $64 \pm 11/52 \pm 11$ mm. Investigamos las diferencias entre aquellos en clase NYHA II (Grupo 1, G1) basal comparados con aquellos en NYHA III (Grupo 2, G2). Los dos grupos basalmente solo difirieron en mayores diámetros (DTDVI: $67 \pm 7,5$ mm vs $62,6 \pm 7,2$ mm, $p = 0,01$; DTSVI: $55,5 \pm 8,1$ mm vs $51,4 \pm 8,2$ mm, $p = 0,01$) y mayor uso de diuréticos en el G2 (98 respecto 87,8%, $p = 0,05$). La FE media basal fue del $23,4 \pm 6,5\%$ en el Grupo 2 vs $25,9 \pm 6,3\%$ ($p = 0,1$).

Resultados: Ambos grupos mejoraron la FE y diámetros significativamente. Las medias de cambio (pre y post TRC) para las variables ecocardiográficas en ambos grupos (fig.) mostraron una tendencia a ser más intensas en el grupo 1, aunque solo fueron significativas para la reducción del DTSVI ($6,5$ vs $3,4$ mm, $p = 0,047$). El G2 presentó un porcentaje superior de ptes que no remodelaban inversamente, incluso empeoraban: 26,5% (13 ptes) frente a un 8,2% (4 ptes) respectivamente, $p = 0,037$. En cuanto a la evolución clínica, en el G1 el 83,7% se encontraban en clase I o II y en el G2 solo el 67,4%, siendo el porcentaje de ptes que quedaban en clase I de 59,2% para el G1 y de 28,6% en el G2 ($p = 0,05$).



Diferencias absolutas en los cambios de la FE, DTDVI y DTSVI tras la TRC según la clase NYHA al implante.

Conclusiones: La magnitud del remodelado inverso tras la TRC tiende a ser mayor en aquellos con IC leve, siendo significativo en la reducción del DTSVI. El porcentaje de ptes asintomáticos o con síntomas leves en el seguimiento también es mayor cuando se aplica precozmente la TRC.