



6040-518. PARÁMETROS ECG PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA CON AFECTACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

Jorge Sanz Sánchez¹, Santiago Jiménez-Serrano², Diana Domingo Valero¹, José Millet Roig², Miguel Ángel Arnau Vives¹, Begoña Igual Muñoz³, Francisco Castells Ramón² y Esther Zorio Grima¹ del ¹Hospital Universitario La Fe, Valencia, ²Instituto ITACA. Universitat Politècnica de València y ³Centro Médico ERESA, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: El diagnóstico de miocardiopatía arritmogénica (MCA) se basa en criterios diagnósticos Task Force 2010 (CTF) complejos y especialmente dirigidos a la identificación de las formas con afectación del ventrículo derecho (VD). En los últimos años se están reconociendo formas con afectación predominante del ventrículo izquierdo (MCA-VI).

Objetivos: Identificar rasgos ECG característicos de la MCA-VI.

Métodos: Incluimos 51 pacientes con MCA definitiva o borderline o con 1 criterio mayor con RTG subepicárdico en VI. Siguiendo el *score* de afectación RMN publicado en REC 2011 clasificamos a los pacientes en MCA-VD (6), MCA-VI (25), MCA biventricular-biV (9) o indeterminada (9, todos MCA límite con RMN normal pero con criterios genéticos, ECG y/o de arritmias). Con herramientas MATLAB analizamos exhaustivamente la señal ECG de los pacientes MCA-VI y biV y la comparamos con 36 familiares no afectados de similar edad y sexo. SPSS 20.0, un valor $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: La MCA-VI se asocia significativamente a voltaje menor de R en I, II y aVF y de S en aVR, hay un mayor porcentaje de ondas T negativas en II y V6 así como un mayor número de R fragmentadas (Rf) en II, III, aVF, aVR y V3 y un mayor número de derivaciones con Rf. La afectación global del VI (MCA-VI+biV) a menor R en II, en aVF, más frecuentes T negativas en II, aVL y V6 y Rf en II, III, aVF, V3-5 y un mayor número de derivaciones con Rf. En el análisis multivariado, tanto en MCA-VI+biV 3 variables mantuvieron su significación estadística: Rf en II (beta 2,07, IC95% 0,076-4,0631, $p = 0,041$), aVF (2,11, 0,573-3,650, $p = 0,007$) y V3 (3,25, 1,365-5,130, $p = 0,001$) aunque el modelo presentó un grado no despreciable de solapamiento entre ambos grupos. Los resultados fueron similares para MCA-VI aislada.



Modelo multivariante en MCA-VI+biV frente a controles con las variables descritas en el texto.

Conclusiones: La afectación del VI en la MCA tiene repercusión ECG no recogida en los actuales CTF (importante la afectación de cara inferior y de las Rf) y que, en combinación con otros criterios, podrían

mejorar el diagnóstico de esta enfermedad. Próximamente, validaremos estos resultados en otras series de pacientes.

Ayuda coordinada nuestro hospital-nuestra Universidad 2014, ERESA, ISCIII (PI14/01477, RD12/0042/0029), FEDER.