



5002-5. TAQUIMIOCARDIOPATÍA EN LA TETRALOGÍA DE FALLOT: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

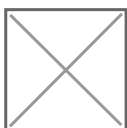
Zorba Blázquez Bermejo, José Ruiz-Cantador, Ana González-García, José María Oliver, Rafael Peinado, Ángel Sánchez-Recalde, Ángel Aroca-Peinado y José Luis López-Sendón del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La taquimiocardiopatía (TM) es una causa importante de insuficiencia cardíaca y parece relacionada con la frecuencia cardíaca y la duración de las arritmias. La incidencia de TM en el *flutter* auricular es del 8,1%. Sin embargo, su incidencia y factores de riesgo en la tetralogía de Fallot (TF) es desconocida. El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia y factores de riesgo de TM en la TF.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes con diagnóstico de TF seguidos en la Unidad de Cardiopatías Congénitas del Adulto de nuestro centro desde enero de 1987 hasta julio de 2015. Un total de 249 pacientes tenían diagnóstico de TF. Se realizó una revisión sistemática de todas las historias clínicas para detectar episodios de arritmias auriculares (AA) sostenidas. Los pacientes con disfunción ventricular izquierda significativa (FEVI 45%) previa fueron excluidos. Los criterios de TM fueron: descenso de FEVI $\geq 10\%$ y por debajo del 50% durante un episodio de AA, signos y síntomas de insuficiencia cardíaca, haber recibido tratamiento con diuréticos y mejoría de la FEVI ($\geq 10\%$) 6 meses después de restaurar el ritmo sinusal. Se compararon variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas previas entre los pacientes que desarrollaron TM y los que no.

Resultados: Se identificaron 41 pacientes (16,5%) con episodios de AA y 3 fueron excluidos por disfunción ventricular izquierda significativa previa. La edad media de aparición de AA fue de $35,7 \pm 10,6$ años. 5/38 (13,2%) cumplieron criterios de TM. Las diferencias entre los pacientes con y sin TM aparecen recogidas en la tabla. El tipo de AA fue *flutter* auricular en 5/5 en el grupo de TM y en 17/33 en el de no TM ($p = 0,06$). En el grupo de TM se realizó ablación con catéter en 5/5 y en el otro grupo en 14/33 ($p = 0,05$). La evolución de la FEVI en los pacientes con TM se muestra en la figura.



Evolución FEVI en taquimiocardiopatía.

Diferencias en características basales entre pacientes con TM y sin TM			
	Grupo TM	Grupo no TM	

Edad (años)	35,2 ± 9,8	35,7 ± 10,9	p = 0,92
Sexo masculino	80,0%	57,6%	p = 0,63
Cirugía correctora	100%	87,9%	p = 1
Prótesis pulmonar previa	20,0%	18,2%	p = 1
Duración QRS (ms)	168 ± 25	159 ± 44	p = 0,68
Eje QRS (grados)	-29,3 ± 110,5	32,4 ± 84,3	p = 0,25
DTDVI (mm)	53,6 ± 10,4	48,5 ± 8,8	p = 0,24
DTSVI (mm)	41,0 ± 11,7	33,2 ± 7,1	p 0,05
FEVI (%)	54,8 ± 6,7	58,9 ± 9,5	p = 0,16
Diámetro basal VD (mm)	53,4 ± 7,9	49,7 ± 9,3	p = 0,40
Diámetro tracto de salida VD (mm)	41,2 ± 5,6	38,1 ± 8,5	p = 0,44
TAPSE (mm)	16,8 ± 6,9	16,5 ± 4,5	p = 0,90
Área aurícula izquierda (cm ²)	21,6 ± 5,2	20,1 ± 8,4	p = 0,70
Área aurícula derecha (cm ²)	29,7 ± 5,8	24,2 ± 9,1	p = 0,20

Conclusiones: La TM es más frecuente en la TF que en la población general. La presencia de un remodelado ventricular adverso previo supone un factor de riesgo para desarrollar TM por arritmias auriculares en estos pacientes.