Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 4

Revista Española de Cardiología

5001-4. ¿LA NECROSIS LATERAL REPRESENTA UNA LIMITACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN LOS PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA ISQUÉMICA?

Mireia Padilla López, Mario Salido Iniesta, Clara Simón Ramón, Jesús Álvarez García, Núria Mesado Batalla, M. José Pirla Buxo, Concepción Alonso Martín, Eulàlia Roig Minguell y Sonia Mirabet Pérez, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La etiología isquémica en las miocardiopatías es un predictor de peor respuesta al tratamiento de resincronización cardiaca (TRC). Se ha cuestionado si la presencia de necrosis lateral podría ser un criterio de no respuesta dentro de este subgrupo. El objetivo se basa en analizar si la presencia de necrosis lateral en los pacientes con IC con FE reducida (HFrEF) y miocardiopatía dilatada isquémica (MCDI) es un predictor de no repuesta a TRC.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes con HFrEF y MCDI tratados con TRC entre el año 2002 y 2018. Se clasificaron los pacientes en 2 grupos: pacientes con necrosis lateral (NL) definida por la presencia de gadolinio en la resonancia magnética cardiaca, necrosis lateral en el SPECT, oclusión de la arteria circunfleja como único vaso u onda Q lateral en el ECG) y pacientes con necrosis en otros territorios (ND). Se analizó la clase funcional (CF), los ingresos por insuficiencia cardiaca (IC) y la fracción de eyección (FE) por ecocardiografía en el momento de la indicación y al año del implante.

Resultados: Del total de 264 pacientes tratados con TRC, 80 tenían etiología isquémica, de los cuales 27 presentaban necrosis lateral. No hubo diferencias significativas entre el grupo de pacientes con NL y el grupo de pacientes con ND respecto a la edad (68 ± 6 frente a 67 ± 9 años, p = 0,527), CF con NYHA ? III (37 frente a 49%, p = 0,307), QRS inicial ? 150 mseg (74 frente a 77%, p = 0,744), FE (28 ± 7 frente a 28 ± 6%, p = 0,797), DTD (64 ± 9 frente a 66 ± 8 mm, p = 515) y presencia de fibrilación auricular (11 frente a 24%, p = 0,156). Con un seguimiento medio de un año, no se encontraron diferencias significativas en la mejoría de la CF ni en la necesidad de ingresos por IC en el grupo de pacientes con NL tratados con TRC respecto al grupo de pacientes con ND. El cambio en la FE tampoco mostró diferencias significativas entre ambos grupos (incremento del 5% NL frente a incremento 8% ND).

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes con HFrEF y MCDI con necrosis lateral tratados con TRC han presentado el mismo beneficio clínico tras el implante de TRC que los pacientes con necrosis en otros territorios. Tampoco hemos encontrado diferencias significativas en los parámetros ecocardiográficos tras TRC en ambos grupos. La necrosis lateral no debería representar una contraindicación para la TRC cuando esté indicada en los pacientes con MCDI y HFrEF.