



6084-634. ¿DEBEMOS INDICAR UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA EN AUSENCIA DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA GRAVE?

Nerea Mora Ayestarán, Ignacio Roy Añon, Virginia Álvarez Asiain, Mercedes Ciriza Esandi, Mayte Basurte Elorz, Gemma Lacuey Lecumberri, Marina Segur García, Marina Oliver Ledesma, Betel Olaizola Balboa y Nuria Basterra Sola

Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona (Navarra).

Resumen

Introducción y objetivos: La indicación actual para la implantación de desfibrilador automático implantable (DAI) en miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI), se basa fundamentalmente en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y clase funcional. Estos criterios no identifican correctamente a una proporción de pacientes que presentarán muerte súbita cardíaca (MS) en la evolución. Se analiza el impacto de la presencia de realce tardío de gadolinio (RTG) en resonancia magnética (RM) como factor predictivo de eventos arrítmicos en pacientes con FEVI > 35% en los que, según las guías clínicas actualmente vigentes, no estaría indicada la implantación de DAI en prevención primaria.

Métodos: Análisis comparativo de la evolución (eventos arrítmicos y mortalidad) en función de la presencia o ausencia de RTG de pacientes con MCDNI y disfunción ventricular izquierda (DVI) leve-moderada (FEVI 36-46%) en nuestro centro de enero de 2013 a diciembre de 2018. Se han excluido pacientes con MCD secundarias a otras causas (evolución de otras miocardiopatías, quimiotoxicidad, taquimiocardiopatía, valvulopatía significativa y cardiopatía isquémica).

Resultados: De los 247 sujetos diagnosticados de MCDNI mediante RM, 85 tienen DVI leve-moderada. El 25,88% presentan RTG, siendo el patrón más frecuente el intramiocárdico septal (59,3%). Se observa una mayor proporción de varones y fibrilación auricular y menos dislipemia en el grupo de MCDNI con RTG, sin observar diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las características basales ni en el tratamiento administrado. En el seguimiento (tiempo medio 1.395 ± 735 días en el grupo sin RTG y 1215 ± 561 con RTG, $p = 0,24$), el 27,27% de los pacientes con RTG presentaron el evento primario (arritmia sostenida o exitus de causa cardíaca) frente al 6,35% de los pacientes que no presentaban RTG. En el análisis multivariante (ajustado por FEVI inicial, FEVD inicial, edad, NYHA) la presencia de RTG se asocia con mayor riesgo de presentar eventos arrítmicos y exitus de causa cardíaca (OR 7,33, IC95% 1,50-35,79) y de presentarlos de forma más precoz (regresión de Cox 15,83, IC95% 1,83-136,95).

Características basales, tratamiento y evolución en función de la presencia o ausencia de RTG

	MCDNI sin RTG (n = 63)	MCDNI con RTG (n = 22)	p
Edad (años, media \pm desviación estándar)	62,08 \pm 12,899	62,77 \pm 10,650	0,821
Sexo masculino (%)	45 (71,4%)	20 (90,9%)	0,064
Hipertensión (%)	35 (55,6%)	10 (45,5%)	0,414
Dislipemia (%)	35 (55,6%)	7 (31,8%)	0,05
Diabetes (%)	12 (19,0%)	5 (22,7%)	0,463
Tabaquismo (%)	35 (56,5%)	13 (61,9%)	0,662
Fibrilación auricular (%)	19 (30,2%)	11 (50,0%)	0,094
Enfermedad renal crónica (%)	8 (12,7%)	5 (22,7%)	0,307
Clase funcional (NYHA)			
NYHA I	15 (27,3%)	7 (33,3%)	0,832
NYHA II	36 (65,5%)	13 (61,9%)	
NYHA III	4 (7,3%)	1 (4,8%)	
FEVI inicial			
(%, media \pm desviación estándar)	41,60 \pm 3,019	39,95 \pm 3,244	0,33
FEVD inicial	52,10 \pm 6,362	53,05 \pm 4,705	0,523

(%, media \pm desviación estándar)

Tratamiento

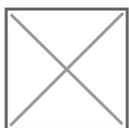
BB (%)	55 (87,3%)	20 (90,9%)	0,493
IECA/ARAII (%)	50 (79,4%)	15 (68,2%)	0,287
ARM (%)	30 (47,6%)	12 (54,5%)	0,576
Sac/valsartán (%)	7 (11,1%)	6 (27,3%)	0,089
Amiodarona (%)	0 (0%)	2 (9,1%)	0,065

Dispositivos:

No portador (%)	53 (84,1%)	19 (86,4%)	
MCP (%)	4 (6,3%)	1 (4,5%)	0,349
DAI-VR o DR (%)	4 (6,3%)	0 (0%)	
TRC-P (%)	2 (3,2%)	1 (4,5%)	
TRC-D (%)	0 (0%)	1 (4,5%)	
FEVI en la evolución (%, media \pm desviación estándar)	42,29 \pm 7,884	40,62 \pm 10,476	0,097
FEVD en la evolución (%, media \pm desviación estándar)	56,18 \pm 5,045	48,15 \pm 15,35	0,087
Muerte súbita o arritmias sostenidas en no portadores de DAI (%)	3 (4,8%)	5 (22,7%)	0,025

Arritmias sostenidas en portadores de DAI (%)	1 (1,6%)	1 (4,5%)	0,453
Terapias en portadores de DAI (%)	1 (1,6%)	1 (4,5%)	0,453
Mortalidad (%)			
Global	6 (9,5%)	5 (22,7%)	0,143
Cardíaca	1 (1,6%)	4 (18,2%)	0,015

DAI, desfibrilador automático implantable; MCDNI, miocardiopatía dilatada no isquémica; MCP, marcapasos; RTG, realce tardío de gadolinio; TRC-D, desfibrilador con terapia de resincronización; TRC-P, marcapasos con terapia de resincronización.



Supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier.

Conclusiones: En pacientes con MCDNI que actualmente no tienen indicación de DAI en prevención primaria en base a su FEVI (36-46%), el RTG parece ser un importante factor predictivo de eventos arrítmicos y puede ser de utilidad en la selección de pacientes con mayor riesgo de MS.