Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1106

Revista Española de Cardiología

6055-11. RELEVANCIA DE LA TAQUICARDIA VENTRICULAR NO SOSTENIDA EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Charlotte Boillot, Belén Santos González, Ana Díaz Rojo, Andrea González Pigorini, Alejandro Cabello Rodríguez, Álvaro Serrano Blanco y Esther Gigante Miravalles

Complejo Hospitalario de Toledo, SESCAM.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una de las principales causas de muerte súbita en pacientes jóvenes debido al riesgo de desarrollar arritmias ventriculares malignas. Uno de los marcadores de riesgo clásicos de muerte súbita incluido en el HCM risk-SCD score es la taquicardia ventricular no sostenida (TVNS). El objetivo de nuestro estudio es determinar si las TVNS se relacionan con otros marcadores de riesgo.

Métodos: En este estudio observacional longitudinal retrospectivo se recogen los datos de 115 pacientes de edad inferior a 60 años con diagnóstico de MCH confirmado mediante resonancia magnética cardiaca entre junio de 2016 y agosto de 2021.

Resultados: La edad media de la muestra fue 44,2 años, 98 (85,2%) de los pacientes eran varones y la gran mayoría se encontraba en clase funcional I (94,8%) con un tiempo de seguimiento medio de 37,8 meses. En 16 (13,9%) de los pacientes se registró por lo menos un episodio de TVNS, 5 de los cuales (31,3%) eran portadores de DAI. Además, 6 (32,5%) de los pacientes con TVNS registradas en un holter acabaron desarrollando alguna arritmia maligna y de esos, 4 eran portadores de DAI en prevención primaria teniendo por tanto descargas apropiadas; estos resultados fueron estadísticamente significativos (p = 0,002). Sin embargo, en cuanto a mortalidad solo se obtuvo una tendencia no significativa en pacientes con TVNS (p = 0,07). Por otro lado, se estableció una relación estadísticamente significativa entre la presencia de TVNS y la obstrucción dinámica al flujo en ventrículo izquierdo (VI) (OR 5,97; IC95% 1,62-22,07 p = 0,007), con el porcentaje de realce y presencia de realce (OR 14,7; IC95% 1,87-115,59 p = 0,011), así como con la fibrilación auricular (OR 7,92 IC95% 1,75-35,85, p = 0,007). Por último, la TVNS se relacionó de forma directamente proporcional con el grosor del miocardio (p = 0,009) y con el score calculado (p 0,001).

Características demográficas y hallazgos clínicos

Variable	TVNS Sí	TVNS No	p
Hombre	15 (93,8%)	83 (84,7%)	0,3

Mujer	1 (6,3%)	15 (15,3%)	0,3
Antecedentes familiares de muerte súbita	1 (6,3%)	7 (7,1%)	0,69
DAI	5 (31,3%)	12 (12,1%)	0,055
Eventos mayores	4 (25%)	9 (9,1%)	0,07
Muerte súbita (descarga apropiada DAI y muerte súbita sin DAI)	6 (37,5%)	9 (9,1%)	0,001
FA	4 (25%)	4 (4%)	0,013
Genética	4 (25%)	19 (19,7%)	0,71
Aneurisma apical	2 (12,5%)	3 (3%)	0,142
Obstrucción dinámica VI	5 (31,3%)	7 (7,1%)	0,012
Presencia de realce tardío	15 (93,8%)	50 (50,5%)	0,001
% de realce por grupos			
> 15%	3 (18,8%)	3 (3%)	0,001
5-15%	4 (25%)	4 (4%)	
5%	9 (56,3%)	92 (92,9%)	
Miomectomía	1 (6,32%)	2 (2%)	0,365
Espesor máximo	21,25 (± 5,37)	18 (± 4,38)	0,009
FEVI	63,56 (± 4,77)	62,43 (± 6,35)	0,498
Score riesgo	4,17 (± 1,78)	2,14 (± 1,24)	0,001

Tamaño auricular	39,63 (± 6,37)	38,87 (± 5,98)	0,64

TVNS: taquicardia ventricular no sostenida DAI: desfibrilador automático implantable, FA: fibrilación auricular, VI: ventrículo izquierdo, FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo.

Conclusiones: La MCH sigue siendo una entidad con muchas incógnitas y parece que la combinación de algunos marcadores entre sí podría justificar el incremento del riesgo de padecer una muerte súbita. Nuestro estudio, a pesar de tener una muestra reducida, remarca la asociación significativa de la TVNS con el realce, el score, el grosor del miocardio y la obstrucción dinámica al flujo en VI. Sin embargo, son necesarios estudios de mayor potencia estadística para establecer causalidad.