Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1136

Revista Española de Cardiología

5031-6. MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA: ¿CÓMO PREVENIMOS LA MUERTE SÚBITA?

Charlotte Boillot, Belén Santos González, Andrea González Pigorini, Ana Díaz Rojo, Alejandro Gadella Fernández, María Cristina Morante Perea y Carlos de Cabo Porras

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. Es prioritario identificar aquellos pacientes con alto riesgo individual de muerte súbita para prevenir los eventos gracias al desfibrilador implantable automático (DAI).

Métodos: En este estudio observacional longitudinal retrospectivo, se analizaron y recogieron diferentes variables de 115 pacientes de menos de 60 años sometidos a una resonancia magnética cardiaca (RMC) y diagnosticados de MCH entre junio de 2016 y agosto de 2021 en nuestro centro. Se calculó el riesgo individual siguiendo las guías de las Sociedad Europea de cardiología.

Resultados: Las características demográficas y clínicas de nuestros pacientes quedan reflejadas en la tabla. Se documentaron eventos mayores (muerte súbita por fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular (TV)) en 13 (11,3%) de los pacientes, 2 (15,4%) de los cuales fallecieron de una parada cardiorrespiratoria no recuperada. Los pacientes que sufrieron eventos mayores obtuvieron un score riesgo más elevado de forma estadísticamente significativa. De los 17 pacientes (14,8%) portadores de DAI, 11 (9,6%) eran portadores en prevención primaria y de estos 4 (36,3%) tuvieron descargas apropiadas, siendo este un resultado estadísticamente significativo (p 0,05). Por otro lado, la presencia de realce tardío y el aneurisma apical se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la incidencia de eventos mayores (respectivamente: OR 11,09; IC95% 1,39-88,51; p = 0,02; OR 15,0; IC95% 2,24-100,65; p = 0,005). Estos factores no se tienen en cuenta a la hora calcular el riesgo individual de padecer una muerte súbita según la HCM Risk-SCD. Finalmente, la presencia de TV no sostenidas no alcanzó la significación estadística (OR 3,33; IC95% 0,89-12,51; p = 0,07) aunque queremos destacar la tendencia a alcanzarla.

Características demográficas y clínicas de 115 pacientes con MCH

Variable	Todos los pacientes (N = 115)
Hombre	98 (85,2%)

Edad (media)	44 años ± 12
Asociación familiar	40 (34,8%)
Antecedentes familiares de muerte súbita	8 (7%)
Score riesgo (media)	2,43 ± 1,41
TVNS detectado en Holter	16 (13,9%)
Espesor máximo (media)	18,45 ± 4,6
Realce	65 (56,5%)
Porcentaje realce por grupos	
5%	101 (87,8%)
5-15%	8 (7%)
> 15%	6 (5,2%)
Aceleración flujo TSVI	12 (10,4%)
Aneurisma apical de VI	5 (4,3%)
Aurícula izquierda (mm)(media)	39 ± 6
FA	8 (7%)
Implante DAI	17 (14,8%)
Prevención primaria	11 (64,7%)
Descargas apropiadas	4 (36,3%)

Prevención secundaria	6 (35,3%)
Eventos mayores	13 (11,3%)
Muerte súbita recuperada	11 (9,6%)
Muerte súbita no recuperada	2 (1,7%)

TVNS: taquicardia ventricular no sostenida; TSVI: tracto de salida del ventrículo izquierdo, VI: ventrículo izquierdo, FA: fibrilación auricular, DAI: desfibrilador automático implantable.

Conclusiones: A pesar de tener una muestra pequeña, la proporción de eventos y de portadores de DAI es elevado. Aunque el estudio no tenga la potencia estadística para establecer relaciones de causalidad, sí muestra una asociación significativa entre los eventos mayores y la presencia de realce de gadolinio y de aneurisma apical, marcadores que no se engloban en el cálculo del riesgo según las guías europeas.