Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1125

Revista Española de Cardiología

5030-8. ANÁLISIS DEL REMODELADO INVERSO COMPLETO EN TAQUIMIOCARDIOPATÍA

Álvaro Izquierdo Bajo, Diego Félix Arroyo Moñino, María Inmaculada Fernández Valenzuela, Rocío Cózar León, Pablo Bastos Amador y Ernesto Díaz Infante

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La taquimiocardiopatía es una causa frecuente de disfunción ventricular izquierda cuya resolución completa tras el control de la arritmia causal es muy variable.

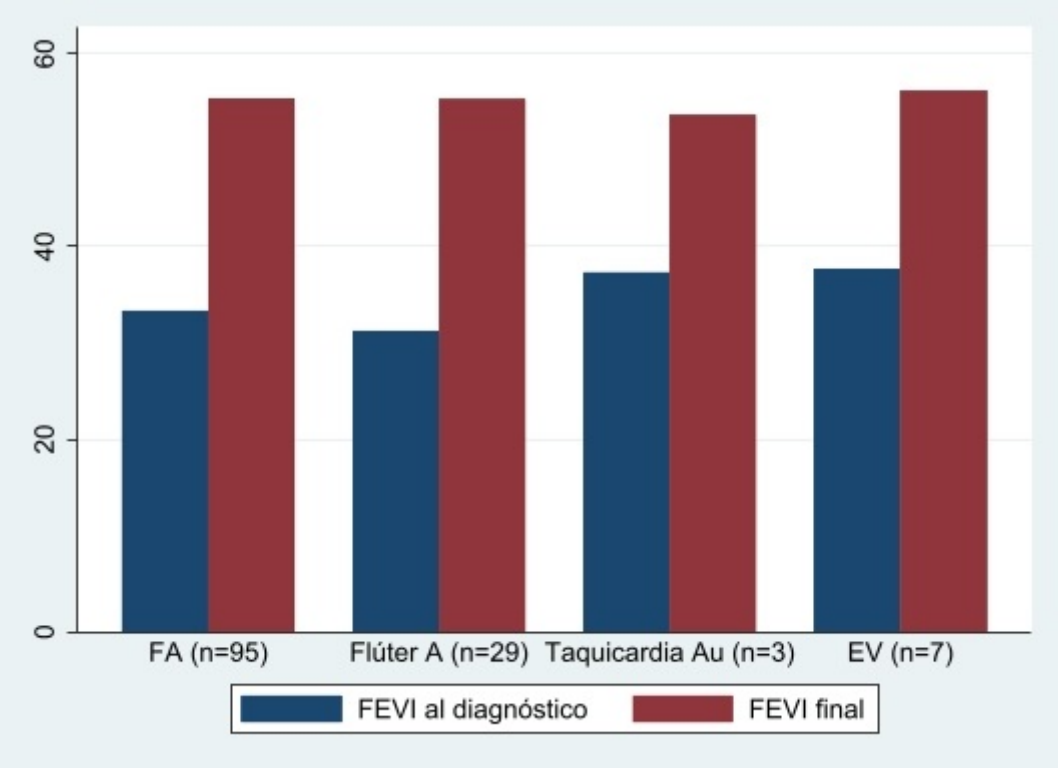
Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de pacientes consecutivos con diagnóstico confirmado de taquimiocardiopatía entre enero de 2015 y de 2022. El remodelado inverso completo del ventrículo izquierdo (RICVI) fue definido como una fracción de eyección (FEVI) ? 55% con un diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo (DTDVI) 55 mm objetivado a través de ecocardiografía transtorácica (ETT) tras el control de la arritmia.

Resultados: 134 pacientes fueron incluidos en este periodo. Los pacientes con disfunción ventricular o dilatación previa conocida del ventrículo izquierdo fueron excluidos del análisis (n = 6). Las características basales se recogen en la Tabla. La arritmia más frecuente fue la fibrilación auricular (FA; 73,8%), seguido del flúter auricular (25,4%), extrasistolia ventricular (5,2%) y taquicardia auricular (2,2%). Se logró el control del ritmo en el 82,1% de los pacientes, de los cuales el 80% se sometieron a ablación tras un periodo medio de 8,2 meses. Tras 10,8 meses desde el diagnóstico de disfunción ventricular, la FEVI recuperada media fue del 55,4% (± 6,3) y el DTDVI medio de 52,1 mm (± 5,8). Se observó RICVI en el 50% de los pacientes. Se realizó un análisis multivariado por pasos para determinar factores asociados a esta, incluyendo información basal como historia clínica, parámetros ETT y tratamiento recibido. La consecución del RICVI se asoció con el sexo femenino (coeficiente 1,18; p = 0,009) y con la disfunción sistólica grave al diagnóstico (coeficiente -0,80; p = 0,041), corregida por la historia de abuso de alcohol (coeficiente 0,94; p = 0,055) y la estrategia del control del ritmo (coeficiente 0,98; p = 0,052) que no llegaron a alcanzar la significación estadística.

Características basales	
Sexo femenino (%)	26,2
Edad media (años)	59,3 (DE 11,2)

Hipertensión arterial (%)	51,5
Diabetes Mellitus (%)	21,6
Dislipemia (%)	30,6
Obesidad (%)	25,3
Fumador activo (%)	18,7
Enfermedad renal crónica (%)	19,4
Enolismo (%)	18,7
EPOC (%)	11,2
SAHS (%)	14,9
Cardiopatía isquémica previa (%)	3,0
Fibrilación auricular (%)	73,8
FA y flúter (%)	6
Flúter auricular (%)	25,4
Extrasistolia ventricular (%)	5,2
Taquicardia auricular (%)	2,2
FEVI al diagnóstico (%)	33,2 (DE 6,7)
DTDVI al diagnóstico (mm)	56,2 (DE 7,0)
TAPSE al diagnóstico (mm)	17,4 (DE 3,9)

SAHS Síndrome de apnea-hipopnea del sueño; FEVI fracción de eyección del ventrículo izquierdo; DTDVI diámetro telediastólico de ventrículo izquierdo.



Arritmia responsable.

Conclusiones: El sexo femenino, la ausencia de disfunción sistólica grave al diagnóstico, la historia previa de abuso de alcohol y una estrategia de control del ritmo se asociaron con un remodelado inverso completo del ventrículo izquierdo en pacientes con taquimiocardiopatía.