



5021-6. REMODELADO VENTRICULAR TRAS IMPLANTE DE DAI EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA: PREVALENCIA, PERFIL CLÍNICO E IMPACTO PRONÓSTICO

Javier Meseguer Donlo, Carlos Moliner-Abós, Meritxell Santaló i Corcoy, Andrea Crehuet Llonch, Concepción Alonso Martín, Bieito Campos García, Mario Salido Iniesta, Clara Simón Ramón, Alba Maestro Benedicto, Antonia Pomares Varó, Marta de Antonio Ferrer, Laura López López, Marta Campreciós Crespo, Isabel Zegrí Reiriz y Sonia Mirabet Pérez

Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante de desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención primaria (PP) en miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDnI) se recomienda ante la persistencia de síntomas y fracción eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $\leq$ 35% tras 3 meses de tratamiento médico (TMO). Debido a que el TMO induce remodelado ventricular reverso (LVRR), nuestro objetivo fue valorar la prevalencia, características clínicas y pronóstico de los pacientes con LVRR tras el implante de DAI.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de implantes de DAI en PP en MCDnI entre 2013-2024 con FEVI basal $\leq$ 40% a los 12 meses. Se compararon las características basales y el pronóstico de los pacientes LVRR+ vs LVRR-.

Resultados: Del total de 204 dispositivos implantados (DAI y TRC), 91 fueron DAI (71 con FEVI basal $\leq$ 35%) y 26 pacientes (37%) presentaron LVRR+. No hubo diferencias en cuanto a periodo de implante (pre vs post 2016) (49 vs 46%, $p = 0,82$), edad (60,0 [53-65] vs 56,7 [49-66] años, $p = 0,41$) o sexo (87 vs 77% varones, $p = 0,29$). El grupo LVRR+ presentó un menor tiempo de evolución desde el diagnóstico de MCD (35 [15-100] vs 12 [2-34] meses, $p = 0,01$), más síncope previo (4 vs 23%, $p = 0,02$) y tendencia a menos genética (EG) positiva (75 vs 40%, $p = 0,17$). No hubo diferencias en cuanto a FEVI y DTD basal, taquicardia ventricular no sostenida (TVNS), EG+ o fibrosis (RTG). LVRR+ tendió a mejor TMO (67 vs 81%, $p = 0,20$). No hubo diferencias en el tiempo de seguimiento (72 [42-94] vs 84 [41-96] meses, $p = 0,94$). LVRR+ presentó menor mortalidad (27 vs 4%, $p = 0,02$) e ingresos por IC (42 vs 4%, $p = 0,01$), sin diferencias en cuanto a descargas apropiadas (DA) (20 vs 23%, $p = 0,76$). De los 6 pacientes con LVRR+ y DA, 3 presentaron síncope, 4 TVNS y ninguno tenía estratificación del riesgo arrítmico combinando RTG y EG.

Características basales, pruebas complementarias y eventos en el seguimiento de pacientes con miocardiopatía dilatada con implante de DAI en prevención primaria

LVRR- ($\leq$ 40%) LVRR+ ($>$ 40%) p

n = 45 (63%)	n = 26 (37%)		
Implantes > 2016, n (%)	22 (49)	12 (46)	0,82
Edad (años), mediana [RIQ]	60,0 [53-65]	56,7 [49-66]	0,41
Varón, n (%)	39 (87)	20 (77)	0,29
Tiempo desde el diagnóstico de la MCD (meses), mediana [RIQ]	35 [15-100]	12 [2-34]	0,01
NYHA II-III, n (%)	41 (91)	23 (98)	0,76
Síncope/presíncope, n (%)	2 (4)	6 (23)	0,02
Fibrilación auricular, n (%)	21 (47)	8 (31)	0,19
FEVI basal (%), mediana [RIQ]	27 [22-31]	30 [23-32]	0,21
DTD basal (mm), mediana [RIQ]	65 [61-73]	65 [60-71]	0,77
Tratamiento médico óptimo			
BB, n (%)	41 (91)	26 (100)	0,12
IECA/ARAI, n (%)	32 (71)	16 (62)	0,4
SV, n (%)	8 (18)	7 (29)	0,27
ARM, n (%)	32 (71)	22 (84)	0,29
iSGLT2, n (%)	0 (0)	3 (12)	0,02
Triple terapia, n (%)	30 (67)	21 (81)	0,2
Cuádruple terapia, n (%)	0 (0)	3 (12)	0,02
TVNS, n (%)	13 (29)	12 (46)	0,14

Genética positiva, n (%)	9/12 (75)	2/5 (40)	
DSP, n	2	1	
FLNC, n	1	0	
RBM20, n	2	0	0,17
TTN, n	2	1	
TNNT2, n	1	0	
TSFM, n	1	0	
RTG, n (%)	18/28 (64)	11/20 (55)	0,52
Alto riesgo**, n (%)	27 (60)	18 (69)	0,44
Seguimiento (meses), mediana [RIQ]	72 [42-94]	84 [41-96]	0,94
Muerte, n (%)	12 (27)	1 (4)	0,02
IC, n (%)	8 (67)	0 (0)	
MS, n (%)	1 (8)	0 (0)	
No CV, n (%)	2 (17)	1 (100)	
Relacionada DAI, n (%)	1 (8)	0 (0)	
Ingreso IC, n (%)	19 (42)	1 (4)	0,01
Descargas apropiades, n (%)	9 (20)	6 (23)	0,76
RTG- y genética- vs total con estudios RM/genética	0/2	0/0	
Tiempo primera descarga apropiada (meses), mediana [RIQ]	17 [12-34]	50 [20-90]	0,16

RIQ: Rango intercuartílico; MCD: miocardiopatía dilatada; NYHA: clase funcional de la New York Heart Association; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; DTD: diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo; BB: bloqueador beta; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; ARAII: antagonistas del receptor de la angiotensina II; SV: sacubitrilo/valsartán; ARM: antagonistas del receptor mineralcorticoide; iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio glucosa 2; TVNS: taquicardia ventricular no sostenida; RTG: realce tardío de gadolinio; IC: insuficiencia cardiaca; MS: muerte súbita; CV: cardiovascular. *Alto riesgo: Presencia de síncope; TVNS; RTG; genética de riesgo (LMNA; DSP; FLNC; RBM20).

Conclusiones: Un 37% de los pacientes presentaron LVRR+ tras implante de DAI. Estos tuvieron un tiempo evolución de MCD menor y más síncope previo. LVRR+ experimentaron menor mortalidad e ingresos por IC sin reducción en las descargas apropiadas. Un tiempo de espera mayor previo a indicación de DAI podría ser razonable en pacientes con MCD de reciente diagnóstico y sin datos de riesgo (síncope, TVNS, RTG o EG+).