



6006-22. ¿CUÁL ES EL IMPACTO QUE OCASIONA LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO EN LA EVOLUCIÓN DE LA TAQUIMIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR ARRITMIAS?

Rosa María Jiménez Hernández, Natalia Valera Navarro, Carmen Cristóbal Varela, Javier Alonso Bello, Elena Magallanes-Ribeiro Catalán, Adriana de la Rosa Riestra, Iria Andrea González García, Carlos Gutiérrez Landaluze, José María Serrano Antolín, Pedro Luis Talavera Calle, Catherine Graupner Abad, Silvia del Castillo Arrojo y Alejandro Curcio Ruigómez

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La taquimiocardiopatía inducida por arritmias (TMIA) es una forma de disfunción ventricular izquierda inducida por arritmias. Nuestro objetivo es evaluar el cuadro clínico, el pronóstico, y cómo impacta el manejo de la arritmia en la recuperación de la disfunción ventricular y el desarrollo de complicaciones.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo en el que se incluyen 144 pacientes con diagnóstico de TMIA desde enero 2014 a enero 2024. Se comparan dos grupos: control del ritmo (CR) vs control de frecuencia (CF). Se estudia la evolución y complicaciones (hospitalización por IC, ictus, mortalidad y nueva disfunción ventricular) en el seguimiento.

Resultados: Edad media 65 años, mayoría varones (73%), con elevado riesgo cardiovascular: HTA (57,6%), DM (28,5%), dislipemia (45%), obesidad (60,4%), tabaquismo (24,4%), ERC (35,4%) y neumopatía (38%). La FA fue la arritmia más frecuente (83,3%) y la insuficiencia cardiaca (IC) la forma de presentación predominante (82,8%). La FEVI media al ingreso fue de $32,7 \pm 7,5\%$, el DTD 55 [25-58] mm y aurícula izquierda de 46 [43-50] mm. Estrategia de CF (44,4%) y CR (58,3%) con FAA, cardioversión y procedimientos de ablación en el 61,1%, 28,5% y 22,1% respectivamente. En la evolución (mediana de seguimiento de 8 años), se observa hospitalización por IC (22%), ictus (9%), mortalidad cardiovascular y total (1,4% y 7,7%). La normalización de la FEVI fue superior en el CR (88,3 vs 59; $p = 0,001$), pero sin diferencias en la hospitalización por IC (21,3 vs 22,6%; $p = 0,504$), ictus (4,1 vs 11,1%; $p = 0,121$) y mortalidad. Sin embargo, mantener el ritmo sinusal al final del seguimiento, independientemente de la estrategia, redujo la hospitalización por IC (10 vs 31%, $p = 0,02$). La recidiva de FA (42,4%) conlleva un 90% de la hospitalización por IC y un 93,3% de nueva disfunción ventricular en el grupo de CR. En ambos grupos el perfil clínico fue similar, excepto la edad, sexo mujer, la hipertensión y el tamaño de la aurícula izquierda.

Variables clínicas y su relación en la estrategia de tratamiento

	Total (N = 144)	Control ritmo (N = 82)	Control frecuencia (N = 62)	p
Edad (años)	65,7 ± 10,2	62,2 ± 9,6	70,5 ± 9,02	0,001
Sexo mujer	39 (27,1)	12 (14,6)	27 (43,5)	0,001
HTA (mmHg)	83 (57,6)	39 (47,6)	44 (71)	0,004
DM tipo 2	41 (28,5)	23 (28)	18 (29)	0,521
Dislipemia	65 (45,1)	33 (40,2)	32 (51,6)	0,117
Fumador	31 (24,4)	21 (28,8)	10 (18,5)	0,131
Alcohol	28 (19,4)	16 (19,5)	12 (19,4)	0,567
Obesidad (IMC > 30 kg/m ²)	87 (60,4)	50 (61)	37 (59,7)	0,505
Neumopatía	49 (38)	25 (33,8)	24 (43,6)	0,169
FGe	72,6 [55-90]	64,5 [21-90]	60 [30-90]	0,142
Sin cardiopatía	98 (77,2)	60 (82,2)	38 (70,4)	0,088
Diámetro AI (mm)	46,4 ± 6,13	44,4 ± 5,1	48,8 ± 6,4	0,001

Conclusiones: LA TMIA es más frecuente en varones siendo la FA la arritmia predominante. El CR presenta mayor normalización de la FEVI, sin reducir los ingresos por IC. La recidiva de FA es elevada y aumenta el riesgo de disfunción ventricular y hospitalización por IC en el grupo de CR. Mantener el ritmo sinusal al final del seguimiento reduce la hospitalización por IC.