



6019-101. FIBRILACIÓN AURICULAR EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA APICAL ¿MÁS PREVALENTE Y PELIGROSA?

David Cordero Pereda¹, Sandra González Martín², Simón Novo Flores² y Paloma Remior Pérez¹

¹Unidad de Cardiopatías Familiares. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España y ²Servicio de Cardiología. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: A pesar de que la miocardiopatía hipertrófica apical (MCHa) se ha considerado una forma «benigna» de miocardiopatía hipertrófica, diferentes estudios sugieren que la aparición de fibrilación auricular (FA) puede condicionar el pronóstico en forma de mayor morbilidad y mortalidad. El presente trabajo evalúa las características de los pacientes con MCHa que desarrollan FA, y el resultado de las estrategias de tratamiento empleadas.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo. Se seleccionaron 73 pacientes con MCHa tratados en la unidad de miocardiopatías. Se recogieron las características basales en el momento de iniciar el seguimiento en la unidad y se realizó un seguimiento de eventos (insuficiencia cardíaca, ictus, muerte), así como de la estrategia de tratamiento escogida respecto a la FA, hasta mayo de 2024.

Resultados: Tras un seguimiento medio de 3 años se objetivó FA en 31 pacientes (42,5% de la muestra), la mayoría con diagnóstico de FA permanente (64%). 5 pacientes con FA desarrollaron ictus cardioembólico (16,1%). 6 de 11 pacientes con FA no permanente recibieron amiodarona para control de ritmo, en 6 se realizó ablación de venas pulmonares (19% del total de pacientes con FA), y en 2 hubo que realizar una reablación, manteniendo el ritmo sinusal en todos. En la comparativa entre grupos, los pacientes con MCHa y FA vs MCHa sin FA tenían mayor edad ($77,74 \pm 8,83$ vs $68,90 \pm 13,14$; $p = 0,002$), enfermedad renal crónica (32,3% Vs 11,9%; $p = 0,03$), insuficiencia cardíaca (29,0% vs 4,8%; $p = 0,004$), volumen de la aurícula izquierda ($52,85 \pm 22,52$ vs $34,04 \pm 12,68$ ml/m²; $p = 0,001$), presiones de llenado más elevadas (ratio E/A $1,39 \pm 1,06$ vs $0,92 \pm 0,33$; $p = 0,02$) y una tendencia a más HTA (74,2% vs 54,8%; $p = 0,09$). No hubo diferencias en la presencia de realce tardío (47,4% vs 68,0%. $p = 0,18$), FEVI ($63,50 \pm 6,47$ vs $65,83 \pm 7,47$, $p = 0,17$) o uso de bloqueadores beta (54,8% vs 47,6%; $p = 0,28$) y calcioantagonistas (16,1% vs 9,5%; $p = 0,40$).

Comparación de las características basales entre pacientes con miocardiopatía hipertrófica apical con fibrilación auricular y sin fibrilación auricular

Variable	FA	No FA	p
Mujeres	20 (64,5%)	18 (42,9%)	0,07
Edad	77,74 ± 8,83	68,90 ± 13,14	0,002*
Ictus cardioembólico	5 (83,3%)	0 (0%)	0,03*
HTA	23 (74,2%)	23 (54,8%)	0,09
ERC (TFG 60)	10 (32,3%)	5 (11,9%)	0,03*
IC	8 (29,0%)	2 (4,8%)	0,004*
Ingreso por IC	8 (25,8%)	0 (0%)	0,001*
FEVI	63,50 ± 6,47	65,83 ± 7,47	0,17
Volumen AI (ml/m ²)	52,85 ± 22,52	34,04 ± 12,68	0,001*
E/A	1,39 ± 1,06	0,92 ± 0,33	0,02*
Realce en resonancia	9 (47,4%)	17 (68,0%)	0,18
Betabloqueante	17 (54,8%)	20 (47,6%)	0,28
Calcio antagonista	5 (16,1%)	4 (9,5%)	0,40
Amiodarona	6 (19,4%)	1 (2,4)	0,02*

FA: fibrilación auricular;
HTA: hipertensión arterial;
ERC: enfermedad renal
crónica; IC: insuficiencia
cardiaca; FEVI: fracción de
eyección del ventrículo
izquierdo; AI: aurícula
izquierda; E/A: cociente entre
el pico de velocidad del
llenado precoz ventricular (E)
y el pico de velocidad de la
onda de contracción auricular
(A).

Conclusiones: La prevalencia de FA, ictus cardioembólico e insuficiencia cardiaca en paciente con MCHa es superior al descrito de forma global en la miocardiopatía hipertrófica, optándose por una estrategia de control de ritmo en un bajo porcentaje de pacientes. Es necesario realizar estrategias intensivas de despistaje de FA en estos pacientes, así como identificar predictores de éxito en la estrategia de control de ritmo.