



16. ESTADO DEL TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. RESULTADOS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO

David Grimaldos Parra¹, Helena Llamas Gómez², Miguel Barranco Gutiérrez¹, María Luisa Peña Peña², Ainhoa Robles Mezcuá³, Carlos Gómez Navarro⁴, Noemí González Cruces⁵, María José Romero Reyes⁶, Rosa Macías Ruiz⁷, Ana María González González⁸ y Fátima Esteban Martínez⁹

¹Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, ²Cardiopatías Familiares. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, ⁴Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España, ⁵Hospital Comarcal de Melilla, Melilla, España, ⁶Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España, ⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España, ⁸Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España y ⁹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una cardiopatía genética frecuente, en la que un tercio de los pacientes presenta obstrucción basal en el tracto de salida y otro tercio inducida con ejercicio o maniobras de Valsalva. Para su tratamiento disponemos de fármacos que no modifican la fisiopatología de la enfermedad y que se utilizan desde hace años a pesar de la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados. Analizamos el tratamiento y la situación clínica de una cohorte multicéntrica de pacientes con MCH.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en el que analizamos las características en cuanto al tratamiento de una cohorte de pacientes con MCH procedentes de unidades de cardiopatías familiares de 8 centros de la misma área geográfica, inscritos entre enero 2021 y abril 2023.

Resultados: Incluimos 239 pacientes con MCH, 145 varones (60,7%). Los genes sarcoméricos eran los más frecuentemente implicados (36%). 108 pacientes (45%) presentaban un gradiente ≥ 30 mmHg. El 90% (215 pacientes) tenían o habían tenido bloqueadores beta, principalmente bisoprolol, seguido de atenolol. 31 pacientes (13%) tomaban verapamilo, 10 (4,1%) diltiazem y 22 (9,2%) disopiramida. En 68 pacientes (28%) fue necesaria la titulación de dosis o el cambio de fármaco, con 34 pacientes (14,2%) con 3 cambios o más, dado el mal control de síntomas y gradiente. 54,4% (130 pacientes) se encontraba en NYHA II y 7,8% en NYHA III a pesar del tratamiento. Solo 7 pacientes (3%) se habían sometido a ablación septal y 18 (7,5%) a miectomía. 34 (14,2%) portaban DAI. Dos pacientes (0,8%) se trasplantaron. Cincuenta y seis pacientes (23,4%) estaban anticoagulados, un 60% de ellos (34) con anticoagulantes directos. Veintidós pacientes (9,2%) tomaban amiodarona, 4 (1,6%) dronedarona y 3 (1,2%) sotalol. En 22 pacientes (9,2%) se registraron eventos secundarios a fármacos precisando retirada o reducción de dosis.

Tratamiento de cohorte retrospectiva de MHO

Total pacientes (n)

239

100%

Tratamiento		
Bloqueadores beta	215	90%
1. Bisoprolol	98	45,6%
2. Atenolol	53	24,6%
3. Metoprolol	31	14,4%
4. Carvedilol	16	7,4%
5. Propanolol	12	5,6%
6. Nebivolol	4	1,8%
7. Nadolol	3	1,4%
Verapamilo	31	13%
Diltiazem	10	4,1%
Disopiramida	22	9,2%
Amiodarona	22	9,2%
Dronedarona	4	1,6%
Sotalol	3	1,2%
Anticoagulación	56	23,4%
1. ACO	22	39,2%
2. ACOD	34	60,7%

Efectos adversos farmacológicos	22	9,2%
Terapias		
DAI	34	14,2%
TRC	2	0,8%
Marcapasos	14	5,9%
Ablación septal	7	2,9%
Miectomía	18	7,5%
Trasplante	2	0,8%

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes con MCH están tratados con bloqueadores beta o verapamilo, con casi un tercio de ellos precisando varias titulaciones y cambios de fármacos por mal control de síntomas y gradiente. Solo el 9% de los pacientes reciben disopiramida y el 10% se ha sometido a procedimientos intervencionistas. En conclusión, los pacientes con MCH de nuestra cohorte están infratratados y las opciones terapéuticas actuales son insuficientes para controlar los síntomas de la enfermedad.