



Revista Española de Cardiología



3. REGISTRO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN CATALUÑA (MIHCAT): RESULTADOS GLOBALES

Núria Mallofré Vila¹, Laura Guillaumon Torán¹, Jara Gayán Ordás², Marta Campreciós Crespo³, Claudia Scardino⁴, Ramón Bascompte Claret², Germán Cediell Calderón⁵, Montserrat Cardona Ollé⁶, Sonia Ruiz Bustillo⁷, Coloma Tirón de Llano⁸, Montserrat Ayats Delgado⁹, Núria Casanovas Marbà¹, Eva Guillaumet Gasa¹, Paola Rojas¹ y José Fernando Rodríguez Palomares¹⁰

¹Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, ²Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, ³Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, ⁴Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España, ⁵Cardiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España, ⁶Cardiología. Complex Hospitalari Moisès Broggi, Barcelona, España, ⁷Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ⁸Cardiología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España, ⁹Cardiología. Hospital General de Granollers, Granollers Barcelona, España y ¹⁰Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los registros son útiles para conocer el grado de aplicación de pruebas diagnósticas y diferentes estrategias terapéuticas. No disponemos de un registro nacional de miocardiopatía hipertrófica (MH). El objetivo de nuestro trabajo es analizar las características demográficas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes incluidos en el registro catalán de MH (MIHCAT). También hemos comparados nuestros resultados con el registro portugués de MH.

Métodos: El registro MIHCAT es un estudio multicéntrico, observacional, transversal y con inclusión prospectiva que se realizó en 10 hospitales de Cataluña, entre diciembre de 2019 y diciembre de 2021.

Resultados: Se incluyeron 285 pacientes, 65,6% eran varones, la edad al diagnóstico fue $50,8 \pm 15,6$ años y el tiempo de seguimiento medio en el momento del registro fue $9,2 \pm 7,7$ años. El 47,7% tenían hipertensión arterial y 24,6% antecedentes familiares de MH. El diagnóstico fue mayoritariamente un hallazgo en las exploraciones. A lo largo del seguimiento el 68% desarrollaron síntomas, el más frecuente la disnea, seguida de la angina. La hipertrofia predominante es la asimétrica (82%) con grosor máximo promedio de $19,2 \pm 4,3$ mm; 46,7% son obstructivas y 19,4% tienen insuficiencia mitral moderada o grave. Tienen fibrosis focal en la resonancia el 66,5%. Se estudiaron genéticamente el 47% de ellas y en el 44,6% se identificó la mutación causante. Los eventos clínicos en el seguimiento fueron: ingreso por insuficiencia cardiaca 6,4%, ictus 8,1%, fibrilación auricular permanente 11,2%, síncope 12%, taquicardia ventricular no sostenida 15% y taquicardia ventricular sostenida 1,1%. El tratamiento invasivo de la MH obstructiva fue con miectomía en 9%, ablación septal en 1,8%, implante de marcapasos en 6,8%, implante de DAI en 13,3% (prevención primaria 71%, prevención secundaria 29%). Nuestros resultados son consistentes con los publicados en el registro portugués, como diferencias observamos una tendencia a realizar más exploraciones, sobre todo cardio-resonancias y más prescripción de fármacos anticoagulantes.

Resultados

	Registro MIHCAT (n = 285)	Registro portugués (n = 1.042)
Varones (%)	65,6	59
Edad al diagnóstico (años)	50,8 ± 15,6	53 ± 16
Sintomáticos a la inclusión (%)	68	69
Fibrilación auricular (%)	28	28
Síncope (%)	12	9
Diagnóstico de IC (%)	22	31
MH obstructiva (%)	46,7	35
Grosor parietal máximo (mm)	19,2 ± 4,3	19,5 ± 4,7
Eco de esfuerzo (%)	15	17
Resonancia magnética cardíaca (%)	66	46
Estudios genéticos (%)	47	51
Genética positiva (%)	44,6	40
Implante de DAI (%)	13	13
Bloqueadores beta (%)	79	74
Disopiramida (%)	8	2
ACOD (%)	62	22
Antagonistas de la vitamina K (%)	37	75

Miectomía (%)	9	6
Ablación septal (%)	1,8	1,8

Conclusiones: En nuestra cohorte, la MH se diagnostica mayoritariamente en pacientes asintomáticos de edad relativamente avanzada y se hacen pocos estudios genéticos. Una minoría requiere tratamiento invasivo de la obstrucción siendo mayoritariamente quirúrgico. Nuestros resultados están en la línea de los publicados en el registro portugués.