



3. DISPERSIÓN MECÁNICA COMO PREDICTOR DE ARRITMIAS VENTRICULARES EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

Eduard Ródenas Alesina¹, Jordi Lozano Torres², Clara Badia Molins², Pablo Eduardo Tobías Castillo², Rosa Vila Olives², María Calvo Barceló², Andrea Guala², Marco Cesareo², Alessandro Giustiniani², Toni Soriano Colomé², Aleix Olivella San Emeterio², Guillem Casas Masnou², Ana Belén Méndez Fernández², Ignacio Ferreira González² y José Fernando Rodríguez Palomares²

¹Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España y ²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) no permite identificar correctamente el riesgo de arritmias ventriculares (AV) en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI). El realce tardío de gadolinio (RTG) parece un mejor marcador de riesgo, pero la resonancia magnética no puede realizarse en todos los pacientes, por lo que otros marcadores ecocardiográficos podrían ser de utilidad. El objetivo fue evaluar la capacidad de la dispersión mecánica (DM) para predecir AV.

Métodos: Se incluyeron 525 pacientes con MCDNI con una ecocardiografía realizada entre 2015 y 2019. La DM se calculó como la desviación estándar del tiempo al pico de *strain* negativo en cada uno de los segmentos del miocardio. Mediante regresión de Cox se evaluó su rol como predictor del evento combinado de AV, descarga apropiada del desfibrilación o muerte súbita arrítmica.

Resultados: Tras una mediana de seguimiento de 3,5 años, hubo 30 (5,1%) pacientes que presentaron AV. Los pacientes con AV presentaron más fibrilación auricular y tuvieron peor *strain* longitudinal del VI y peores parámetros de función auricular, pero una FEVI similar (33 vs 35%, $p = 0,43$). La DM fue mayor entre los pacientes con AV (97 vs 83 ms, $p = 0,024$), y presentó una HR = 1,1 por cada 10 ms de aumento (IC95% 1,0-1,2, $p = 0,035$ ms presentaron AV de forma más frecuente (9 vs 3%, $p = 0,004$; HR = 2,7, IC95% 1,3-5,9), y tuvieron AV como antecedente en una mayor proporción (6 vs 1%, $p = 0,035$ ms se asoció de forma independiente al desarrollo de AV tras ajustar por fibrilación auricular, FEVI, *strain* longitudinal del VI o *strain* auricular. Sin embargo, en los pacientes con datos de RTG, la DM perdió su asociación en favor del RTG (HR = 3,4 para la presencia de RTG, IC95% 1,1-10,7).

Características basales en función de la aparición de arritmias ventriculares en el seguimiento

	Total (n = 525)	Sin AV (n = 495)	AV (n = 30)	p
Edad	67,1 (13,4)	67,0 (13,4)	68,0 (14,8)	0,69

Diabetes mellitus	151 (29,0%)	145 (29,6%)	6 (20,0%)	0,26
Ictus	38 (7,3%)	34 (6,9%)	4 (13,8%)	0,17
FA	172 (33,7%)	156 (32,4%)	16 (55,2%)	0,012
Arritmias ventriculares	14 (2,7%)	12 (2,5%)	2 (6,7%)	0,17
Ingreso por IC	186 (36,0%)	173 (35,5%)	13 (44,8%)	0,31
DAI	22 (4,2%)	16 (3,3%)	6 (20,0%)	0,001
TRC	16 (3,1%)	11 (2,2%)	5 (16,7%)	0,001
RTG	154 (47,0%)	142 (45,5%)	12 (75,0%)	0,021
FEVI (%)	34,7 (10,0)	34,7 (10,1)	33,3 (8,2)	0,43
SLG (%)	-10,9 (3,7)	-11,0 (3,7)	-9,4 (3,5)	0,022
TAPSE (mm)	18,4 (4,1)	18,4 (4,1)	17,3 (4,7)	0,15
E/E'	15,6 (9,5)	15,4 (9,1)	19,6 (14,9)	0,10
<i>Strain</i> AI pico (%)	14,6 (8,5)	14,8 (8,5)	11,3 (8,6)	0,035
Volumen AI indexado	43,5 (23,5)	42,6 (23,2)	58,2 (23,9)	0,001
Dispersión mecánica (ms)	84,0 (33,2)	83,2 (33,0)	97,4 (34,3)	0,024
PAPS (mmHg)	40,5 (14,1)	40,2 (14,2)	45,5 (11,8)	0,14

AV: arritmias ventriculares; FA: fibrilación auricular; IC: insuficiencia cardiaca; DAI: desfibrilador automático implantable; TRC: terapia de resincronización cardiaca; RTG: realce tardío de gadolinio; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; SLG: *strain* global longitudinal; AI: aurícula izquierda; PAPS: presión arterial pulmonar sistólica.



Supervivencia libre de arritmias ventriculares según la dispersión mecánica.

Conclusiones: La DM permite identificar los pacientes con un mayor riesgo de presentar AV durante el seguimiento de forma independiente a parámetros de función sistólica. Sin embargo, la falta de asociación con las AV tras ajustar por el RTG sugiere que solamente debería emplearse en pacientes en quienes no se puede realizar una resonancia magnética cardiaca.