



4007-2. RECONOCIMIENTO CLÍNICO DE LA MIOCARDIOPATÍA PURA INDUCIDA POR EXTRASISTOLIA VENTRICULAR EN SU PRESENTACIÓN INICIAL

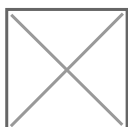
Mikel Martínez Torroba¹, Diego Penela Maceda², Markus Linkhart¹, David Soto-Iglesias¹, Augusto Ordóñez³, Luis Tecedor⁴, Luis Aguinaga⁵ y Antonio Berruezo Sánchez¹ del ¹Hospital Clínic, Barcelona, ²Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza (Italia), ³Fundació Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona, ⁴Hospital Virgen de las Nieves, Granada, y ⁵Centro Cardiológico Privado, Tucumán (Argentina).

Resumen

Introducción y objetivos: La extrasistolia ventricular (EV) frecuente puede inducir disfunción sistólica o empeorar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Objetivos: identificar el patrón clínico de los pacientes con una miocardiopatía pura inducida por EV en su presentación clínica.

Métodos: Se trata de un estudio multicéntrico prospectivo que incluyó 155 pacientes consecutivos (55 ± 12 años, 96 (62%) varones, carga basal media de EV del $23 \pm 12\%$) con baja FEVI aceptados para ablación que fueron seguidos durante doce meses tras el procedimiento.

Resultados: Se excluyeron los pacientes con cardiopatía estructural diagnosticada previamente [50 (32%)] y los pacientes sin una normalización completa de la FEVI al final del seguimiento [(24 (15%))]. De los 81 pacientes restantes, 41 (51%) presentaron una ablación sostenida exitosa y no normalizaron la FEVI, clasificándose como una miocardiopatía no-isquémica empeorada por EV; 40 (49%) pacientes normalizaron la FEVI y se clasificaron como miocardiopatía pura inducida por EV. Los pacientes con una miocardiopatía pura inducida por EV presentaron una mayor carga basal de EV (27 ± 12 frente a $12 \pm 8\%$, $p = 0,001$), un diámetro telediastólico del VI (DMTDVI) más pequeño (58 ± 5 frente a 60 ± 6 mm, $p = 0,05$) y una anchura del QRS intrínseco (105 ± 12 frente a 129 ± 24 ms, $p = 0,001$) y de la EV (162 ± 19 frente a 174 ± 20 ms, $p = 0,012$) menor. La presencia de alguna de las siguientes características basales: un QRS intrínseco 130 ms, una carga basal de EV $> 17\%$ o un DMTDVI 63 mm predijo de forma precisa que los pacientes normalizarían la FEVI tras la ablación de EV con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 98%. La figura muestra el algoritmo para el reconocimiento de la miocardiopatía pura inducida por EV en su presentación inicial.



Conclusiones: Aproximadamente la mitad de los pacientes con EV frecuente y baja FEVI de origen indeterminado normalizan la FEVI tras la abolición sostenida de EV. Este grupo de pacientes puede ser identificado clínicamente antes del procedimiento de ablación de forma precisa siguiendo un algoritmo de 3 pasos.