Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 673

Revista Española de Cardiología

6002-20. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO ARRÍTMICO EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. ¿SON SUFICIENTES LOS CRITERIOS ACTUALES?

Sofía Calero Núñez, Víctor M. Hidalgo-Olivares, Jesús F. García-Sacristán-Fernández, Francisco Manuel Salmerón-Martínez, Raquel Ramos-Martínez, Laura Expósito-Calamardo, Concepción Urraca-Espejel, Cristina Alcahud-Cortés, Cortes Simarro-Garrigos, Carmen Cantos-Gutiérrez y José Enero-Navajo, del Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una conocida causa de muerte súbita (MS) cuya estratificación de riesgo es controvertida. El objetivo de nuestro trabajo fue identificar factores asociados a tratamientos apropiados (TA) en pacientes con MCH portadores de DAI.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con MCH a los que se implantó DAI en prevención primaria entre 2008-2013. Se analizó la presencia de FR mayores: antecedentes familiares de MS, síncope, TVNS, grosor miocárdico ? 30 mm y respuesta hipotensiva al esfuerzo, así como factores modificadores: obstrucción dinámica ? 90 mmHg, fibrosis en resonancia magnética (RM), diámetro transverso de la aurícula izquierda (AI). Se estimó posteriormente el riesgo según HCM risk-SCD. El evento principal fueron TA en el seguimiento a 5 años. Como objetivo secundario se analizaron las complicaciones asociadas al DAI.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes (54,5 ± 10,6 años; 75% varones), todos con FEVI conservada. La mayoría (56,2%) tenían 2 o más FR mayores; 6 pacientes (37,5%) tenían un solo FR y hubo 1 paciente al que se implantó un DAI sin ningún FR. Durante el seguimiento se registraron TA en 3 pacientes (18,8%). Comparando estos frente a los que no sufrieron TA, el único factor de riesgo que se comportó como predictor independiente de TA fue el diámetro de AI > 50 mm (p 0,01). En cuanto a HCM risk-SCD, 5 pacientes (31,3%) tendrían un riesgo calculado 4% por lo que no tendrían indicación de DAI según la guía actual; 4 pacientes (25%) tendrían un riesgo entre 4-6% (DAI IIb), y 7 pacientes (43,8%) tendrían un riesgo > 6% (indicación DAI IIa). Es de interés que de los 3 pacientes que recibieron TA, 2 tenían riesgo > 6% y 1 paciente 4%. De haber aplicado la nueva guía en nuestra cohorte se habría «ahorrado» el implante de DAI a un 31,3% de los pacientes. Aunque en este grupo hubo 1 paciente que tuvo una TA, se trataba del paciente que tampoco tenía FR clásicos y se implantó DAI por fibrosis en RM; dicho paciente presentó un diámetro de AI > 50 mm. Hubo 2 complicaciones relacionadas con el DAI (12,5%), una infección y una dislocación de electrodo. 3 pacientes sufrieron descargas inapropiadas (18,8%).

Características basales y resultados

Edad (años)	54,5 ± 10,6

Sexo masculino	75% (12)
FA	62,5% (10)
Tratamiento antiarrítmico	50%
Risk Score > 6%	43,8% (7)
Complicaciones en el seguimiento	12,5% (2)
FEVI media	69 ± 16,7
Evento arrítmico	18,3% (3)

	Terapias apropiadas (n = 3)	Sin terapias apropia
Edad (años)	50,6 a	55,4 a
Diámetro AI (mm)	56 mm	41 mm
Diámetro AI > 50 mm	100% (3)	6,3(1)
Síncope	33,3%(1)	46,1%(6)
TVMNS	33,3%(1)	30,7%(4)
HCM risk-SCD(%)	6,2	5,4
HCM risk-SCD > 6%	66,6% (2)	38,4% (5)
Grad máx > 90 mmHg	33,3% (1)	0
AF de MS	33,3%(1)	61,5%(8)
Realce en RMC	33,3%(1)	30,7%(4)

MS: muerte súbita; TA: tensión arterial; TVNS: taquicardia ventricular no sostenida.

Conclusiones: El HCM Risk-SCD mejora la discriminación de riesgo arrítmico con respecto a los factores de riesgo clásicos. No obstante dada la infraestimación de riesgo en algunos pacientes, se debería tener en cuenta otros factores de forma independiente como el diámetro AI > 50 mm.