Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 860

Revista Española de Cardiología

6039-521. EL INTERVALO QT EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA: ¿CUÁL ES EL LÍMITE Y CUÁL ES SU SIGNIFICADO?

Carmen Muñoz Esparza, David López-Cuenca, Esperanza García-Molina, Valentín Cabañas-Perianes, Pablo Peñafiel-Verdú, Arcadi García Alberola, Juan Ramón Gimeno Blanes y Mariano Valdés Chávarri del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: Las alteraciones electrocardiográficas son frecuentes en la miocardiopatía hipertrófica (MCH). Aunque la presencia de un intervalo QT prolongado es un marcador de arritmias ventriculares, existen pocos datos respecto al valor pronóstico del intervalo QT prologado en HCM. Por otro lado se desconocen los valores de normalidad del QT en los pacientes con MCH.

Objetivos: (1) Evaluar la distribución del intervalo QTc en una población de pacientes con MCH; (2) valorar la relación del QTc con diferentes variables clínicas y con la presencia de eventos clínicos en el seguimiento; finalmente (3) estudiar si existe un punto de corte de QTc que permita estratificar el riesgo en los pacientes con MCH.

Métodos: Se incluyeron 292 pacientes con MCH [edad 48,6 ± 18,5 años, 63% varones, grosor parietal máximo de ventrículo izquierdo (GPMVI) 19,9 ± 5,1 mm y QTc 446 ± 30 ms]. La mediana de seguimiento fue de 3,5 años. Se realizó un ECG y un ecocardiograma a cada paciente, a 232 pacientes además se les realizó un Holter-24 horas y a 80 una RMN cardiaca. Establecimos dos clasificaciones para comparar cuál de ellas era mejor en la estratificación del riesgo de la población con MCH evaluada: grupo I/II para un QTc ? o > 450 ms (460 ms en mujeres) y grupo A/B para un QTc ? o > 480 ms.

Resultados: 10,3% de los pacientes presentaron un QTc > 480 ms. Se observó una correlación entre el intervalo QTc y el GPMVI (r = 0,24; p 0,001). Los pacientes del grupo B estaban más frecuentemente sintomáticos (p = 0,045), presentaban más obstrucción del tracto de salida de ventrículo izquierdo (p = 0,01), peor clase funcional (p = 0,007) y más frecuentemente fibrosis (p = 0,01). Los grupos II y B, mostraron más probabilidad de tener fibrilación auricular (FA) (p = 0,05). No se observaron diferencias entre grupos en la presencia de taquicardias ventriculares no sostenidas (TVNS), terapias por DAI o eventos clínicos adversos (muerte súbita cardiaca, insuficiencia cardiaca e ictus).

Conclusiones: Los pacientes con MCH tienen un incremento del intervalo QTc en comparación con los individuos sin enfermedad cardiaca. El límite de QTc > 480 ms, y no el límite establecido para la población sana general, se asoció con una afectación estructural más grave y peor clase funcional. Sin embargo, un intervalo QTc prolongado no se relacionó con un incremento del riesgo arrítmico o con eventos clínicos adversos en el seguimiento.