



5034-3. BLOQUEO INTERAURICULAR AVANZADO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. RESULTADOS EN UNA COHORTE CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Andrez Felipe Cubides-Novoa, Javier Jiménez Díaz, Felipe Higuera Sobrino, Daniel Salas Bravo, Daniel Águila Gordo, Cristina Mateo Gómez, Maeve Soto Pérez, Alfonso Morón Alguacil, Jorge Martínez del Río, Manuel Muñoz García, Emilio Blanco López, Pablo Soto Martín, Martín Negreira Caamaño, José María Arizón Muñoz y Jesús Piqueras Flores

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: Introducción: La presencia de bloqueo interauricular avanzado (BIA) se ha relacionado con el desarrollo de eventos arrítmicos y tromboembólicos en la población general. Su presencia en pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH) podría tener relevancia en el desarrollo de eventos de interés clínico. Objetivo: valorar el impacto del BIA en una cohorte de pacientes diagnosticados con MCH.

Métodos: Se analizaron los trazados electrocardiográficos de una cohorte de 137 pacientes con diagnóstico de MCH seguidos durante $64,1 \pm 3,6$ meses, buscando la presencia de BIA, evaluando su relación con eventos arrítmicos, insuficiencia cardiaca (IC), evento tromboembólico sistémico y mortalidad.

Resultados: La edad media de los pacientes fue $62 \pm 1,3$ años, el 55,1% tenían HTA y el 21,7% DM. El 33% tenían bloqueo interauricular, siendo BIA en el 27,6% de los pacientes. Como hallazgos electrocardiográficos a destacar el 28,3% tenían bloqueo de rama y el 50% cumplía criterios de hipertrofia ventricular por Sokolow-Lyon. El 29,7% tenían dilatación moderada o grave de aurícula izquierda en el ecocardiograma, el 30,4% tenían obstrucción dinámica y 23,9% tenían una variante genética patogénica para MCH. Los pacientes con BIA presentaban mayor edad, más hipertensión arterial, fibrilación auricular paroxística, bloqueo de rama, mayor diámetro auricular, mayor grosor de la pared ventricular y gradiente dinámico. Además, estos pacientes tuvieron más eventos arrítmicos en la monitorización ambulatoria (taquicardia auricular y ventricular no sostenida) y presentaron mayor número de eventos tromboembólicos en el seguimiento (4,5 vs 33,3%, $p = 0,02$). No se observaron diferencias en desarrollo de IC o mortalidad (tabla).

Eventos en el seguimiento en paciente con BIA avanzado

	BIA Avanzado	Sin BIA	p
Muerte	3%	0%	1

Ingreso de causa CV	22,2%	13%	1
Ingreso por IC	11,1%	1,5%	0,23
Eventos tromboembólicos	4,5%	33,3%	0,02

Conclusiones: La presencia de BIA es común en pacientes con MCH. La presencia de BIA se asoció con mayor tasa de eventos arrítmicos y eventos embólicos.