Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 509

Revista Española de Cardiología

6026-12. ¿ES EL *STRAIN* LONGITUDINAL GLOBAL UN MARCADOR NO INVASIVO ADECUADO PARA INDICAR LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS CON DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO 1?

Núria Mallofré Vila, Mario Sutil Vega, Marcelo Rizzo, Laura Guillamón Torán, Soledad Ascoeta Ortiz, Jordi Puntí Sala, Carlos Roca Guerrero, Gabriel Torres Ruiz, Paola Rojas, Francesca Castaldo, Eva Guillaumet Gasa, Núria Casanovas Marbà y Antonio Martínez Rubio

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica (GPC) recomiendan el implante profiláctico de un marcapasos (MCP) en aquellos pacientes asintomáticos con distrofia miotónica tipo 1 (DM1) y un bloqueo aurículoventricular (BAV) de segundo o tercer grado o un intervalo His-ventrículo (HV) ? 70 ms. Sin embargo, falta evidencia científica sólida para establecer la indicación de estudio electrofisiológico (EEF) y MCP profiláctico en pacientes con ECG normal, BAV 1º o bloqueo de rama (BR). El *strain* longitudinal global (SLG) es un predictor de eventos cardiovasculares en pacientes asintomáticos y parece estar correlacionado con la afectación eléctrica en los pacientes con DM1. El objetivo de nuestro estudio fue determinar si el SLG se correlaciona con el HV en pacientes con DM1, permitiendo una selección temprana y no invasiva de los pacientes para la realización de EEF.

Métodos: Inclusión prospectiva de pacientes con DM1 entre 2019-2021. Fueron criterios de exclusión los síntomas cardiovasculares, la disfunción ventricular izquierda y los pacientes con indicación de marcapasos (BAV 2º y 3º). Se recopilaron datos electrocardiográficos y ecocardiográficos a la inclusión y al final del seguimiento. Se realizó EEF y se midió el HV basal.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes. La media de seguimiento fue de 17,2 ± 6,4 meses. La edad media fue de 53,5 ± 10,2 años y 9 (56,2%) eran mujeres. 8 (50%) tenían un ECG normal, 6 (37,5%) BR ± BAV 1º y 2 (12,5%) BAV 1º aislado. La media del SLG fue de -21,0 ± 4,1% y la media del HV fue de 59,5 ± 11,6 ms. Al final del seguimiento se implantó MCP en 8 (50%) pacientes por conducción patológica infrahisiana en el EEF. Se implantó MCP en 2 pacientes (25%) con ECG normal, en 5 (83,3%) pacientes con BR ± BAV 1º y en 1 (50%) paciente con BAV 1º aislado. No hubo una correlación negativa significativa entre el SLG y el HV (r = -0,16, p 0,55), independientemente de tener un ECG normal, un BAV 1º o un BR ± BAV 1º.

Conclusiones: En nuestro estudio, el SLG no parece ser un marcador adecuado para seleccionar a los pacientes asintomáticos con DM1 que más se beneficiarían de un EEF y del implante de un MCP profiláctico. Sin embargo, cabe destacar que en nuestra cohorte hasta la mitad de los pacientes, a pesar de tener un ECG de bajo riesgo, tenían una conducción patológica infrahisiana en el EEF, y por tanto tenían indicación de implante de MCP con recomendación clase IC según las últimas GPC.