



9. REVISIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS E IMPACTO PRONÓSTICO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA CON GROSOR SEPTAL LEVE

Carlos José Morales Alcázar¹, Ana María Martínez Rodríguez¹, Isabel Jiménez Alcántara², Magdalena Carrillo Bailén¹, José María Segura Aumente¹, Juan Carlos Fernández Guerrero¹ y José Ángel Urbano Moral¹

¹Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España y ²Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El impacto clínico de la fibrilación auricular (FA) es particularmente relevante en la miocardiopatía hipertrófica (MH). Si bien la fisiopatología de la FA en MH es bien conocida, existe escasa información sobre sus implicaciones pronósticas en pacientes con fenotipos leves. El objetivo del estudio fue definir el impacto de la FA en el seguimiento de pacientes con MH con grosor septal leve.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de MH mediante resonancia magnética cardíaca, con grosor máximo de 13-17 mm, limitado a segmentos septales basales y/o medioventriculares.

Resultados: Se incluyeron 122 casos de MH leve (edad: 53 ± 14 años; género: varón 58 (72%)). La mediana de seguimiento fue 4,1 [1,6-6,9] años. Inicialmente, 10 pacientes presentaban historia de FA; 112 casos constituyeron la población en riesgo de desarrollar FA. De ellos, 15 (13%) desarrollaron FA durante el seguimiento (tasa de incidencia 15 por 100 personas-año). Se compararon dos grupos, aquellos con FA y aquellos que nunca desarrollaron FA. El grupo con FA presentó mayor edad (52 ± 15 vs 58 ± 12 años; $p = 0,04$) y clase NYHA ($1,7 \pm 0,6$ vs $1,3 \pm 0,5$; $p = 0,001$). No se encontraron diferencias para género ($p = 0,2$), máximo grosor septal ($p = 0,6$), volúmenes telediastólico/telesistólico indexados ($p = 0,6/p = 0,4$), gradiente intracavitario ($p = 0,8$), insuficiencia mitral ($p = 0,1$) o realce tardío ($p = 0,1$). Los análisis Kaplan-Meier mostraron diferencias significativas entre los grupos con y sin FA para ingreso por insuficiencia cardíaca ($\log rank = 0,03$). No hubo diferencias para síncope ($\log rank = 0,8$), ictus ($\log rank = 0,2$), taquicardia ventricular sostenida ($\log rank = 0,4$), mortalidad cardiovascular (todos los casos censurados) o mortalidad por cualquier causa ($\log rank = 0,1$). El análisis de regresión de Cox multivariado no mostró a la FA como predictor independiente de ingreso por insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: La prevalencia e incidencia de FA es alta incluso en MH con grosor septal leve. Desde el punto de vista pronóstico, la presencia de FA en MH leve se relaciona fundamentalmente con el riesgo de ingreso por insuficiencia cardíaca. Probablemente existen factores añadidos que influyen en el riesgo de ingreso por insuficiencia cardíaca en estos pacientes.