Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 325

Revista Española de Cardiología

15. USO DEL DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. DATOS DEL REGISTRO MIHCAT (MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN CATALUÑA)

Gabriel Torres Ruiz[1], Laura Guillamón Torán[1], Nuria Casanovas Marba[1], Jara Gayán Ordás[2], Marta Campreciós Crespo[3], Claudia Scardino[4], Ramón Bascompte Claret[2], Germán Cediel Calderón[5], Eva Guillaumet Gasa[1], Montserrat Cardona Ollé[6], Coloma Tirón de Llano[7], Montserrat Ayats Delgado[8], Montserrat Ayats Delgado[9], Pablo Carrión Montaner[1] y Antonio Martínez Rubio[1]

[1]Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, [2]Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, [3]Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, [4]Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España, [5]Cardiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España, [6]Cardiología. Complex Hospitalari Moisès Broggi, Barcelona, España, [7]Cardiología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España, [8]Cardiología. Hospital General de Granollers, Granollers (Barcelona), España y [9]Cardiología. Cardiología. Hospital General de Granollers, Granollers (Barcelona), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Con frecuencia, los pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MH) requieren el implante de desfibrilador automático implantable (DAI) para evitar la muerte súbita. El objetivo de este trabajo es analizar los implantes de DAI, los factores de riesgo de muerte súbita (FRMS) y las terapias de los dispositivos en una cohorte de pacientes con MH.

Métodos: Análisis de los pacientes con MH portadores de DAI del registro MIHCAT (estudio descriptivo, transversal, multicéntrico catalán, de inclusión prospectiva).

Resultados: Registro de 285 pacientes con MH. 38 (13,3%) eran portadores de DAI, de los cuales 27 (71,1%) eran varones. La edad media en el momento de implante del dispositivo fue 50,8 ± 13,3 años. Desde el 2016 existe un incremento significativo, del 62%, en la proporción de implantes de DAI. El 46% eran monocamerales, 40,5% bicamerales y 13,5% subcutáneos. En 27 pacientes (71,1%) la indicación del implante fue en prevención primaria (PP) y en 11 (29,0%) en prevención secundaria (PS). Se consideraron los siguientes FRMS: antecedentes familiares de muerte súbita, hipertrofia ? 30 mm, síncope, aneurisma apical, fracción de eyección ? 50%, taquicardia ventricular no sostenida y fibrosis focal en la resonancia magnética. Tanto en los pacientes con implante de DAI en PP como PS, la media de FRMS fue 2. El FRMS más prevalente fue la presencia de fibrosis en la resonancia magnética (93% en PP vs 87% en PS). El 3,7% de los pacientes con implante de DAI en PP han presentado terapias apropiadas (media de seguimiento de 70,6 ± 11,9 meses) y el 50% de los implantes en PS (media de seguimiento de 62 ± 15,7 meses; p 0,01).

Tabla descriptiva de pacientes con miocardiopatía hipertrófica portadores de DAI

DAI	Global (n = 38)	PP	PS

27 (71,1%)	11 (29,0%)				
Monocameral		17/37 (46,0 %)	13/26 (50,0%)	4 (36,3 %)	
Bicameral		15/37 (40,5%)	11/26 (42,3%)	4 (36,3 %)	
Subcutáneo		5/37 (13,5%)	2/26 (7,7%)	3 (27,3%)	
Edad implante		50,8 ± 13,3	52,7 ± 13,7	46,2 ± 12,1	p = 0,18
Sexo (varones)		27 (71,1%)	19 (70,3 %)	8 (72,7%)	p = 0,44
MH obstructivas		11 (29,0%)	8 (29,6%)	3 (27,3%)	p = 0,99
Genética positiva		13/19 (68,4%)	11/14 (78,6%)	2/5 (40,0%)	p = 0,18
Diámetro transverso aurícula izquierda (mm)		45,1 ± 9,2	46,3 ± 8,3	42,5 ± 10,3	p = 0,30
	Antecedente familiar MS	13 (34,2%)	8 (29,6 %)	5 (45,4%)	p = 0,40
	Hipertrofia > 30 mm	7 (18,4%)	4 (14,8 %)	3 (27,2%)	p = 0,39
	Síncope	12 (31,6%)	8 (29,6%)	4 (36,3%)	p = 0,70
FRMS	Aneurisma apical	4/37 (10,8%)	3/26 (11,5%)	1 (9,1%)	p = 0,99
	FEVI ? 50 %	1	1	0	
	TVNS	18 (47,3%)	13 (48,1%)	5 (45,4%)	p = 0,99
	Fibrosis en RM	21/23 (91,3%)	14/15 (93,3%)	7/8 (87,5%)	p = 0,99
Número promedio FRMS		2,0	1,9	2,1	p = 0,99
Tiempo desde implante (meses)		68 ± 13	70,6 ± 11,9	62,0 ± 15,7	

Terapias apropiadas	6/37 (16,2%)	1/27 (3,7 %)	5/10 (50,0 %)	p 0,01

Número promedio FRMS en terapias apropiadas: 1,8

DAI: desfibrilador automático implantable; PP: prevención primaria; PS: prevención secundaria; MH: miocardiopatía hipertrófica; FRMS: factores de riesgo de muerte súbita; MS: muerte súbita; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TVNS: taquicardia ventricular no sostenida; RM: resonancia magnética.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con miocardiopatía hipertrófica se observa un aumento significativo en el número de implantes de DAI en los últimos años. La mayoría se realizan en PP, con un promedio de dos FRMS y una baja tasa de terapias apropiadas.