Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 713

Revista Española de Cardiología

6006-21. ES LA ABLACIÓN UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN LA EVOLUCIÓN DE LA TAQUIMIOCADIOPATIA INDUCIDA POR ARRITMIAS

Rosa María Jiménez Hernández[1], Carmen Cristóbal Varela[2], Natalia Valera Navarro[2], Elena Magallanes-Ribeiro Catalán[2], Javier Alonso Bello[2], José María Serrano Antolín[2], Iria Andrea González García[2], Carlos Gutiérrez Landaluce[2], Adriana de la Rosa Riestra[2], Catherine Graupner Abad[2], Pedro Luis Talavera Calle[2], Silvia del Castillo Arrojo[2] y Alejandro Curcio Ruigómez[2]

[1]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España y [2]Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La estrategia del control del ritmo con ablación ha sido postulada como el mejor tratamiento de la taquimiocardiopatía inducida por arritmias, presuponiendo una mejor evolución de los pacientes. Nuestro objetivo es valorar si un manejo intensivo del control del ritmo que incluya procedimientos de ablación mejora el pronóstico de la entidad

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo en el que se incluyen 144 pacientes con diagnóstico de TMIA desde enero 2014 a enero 2024. Se comparan sin los pacientes sometidos a ablación presentan en la evolución, menor número de complicaciones (hospitalización por IC, e ictus, mortalidad en el seguimiento.

Resultados: Edad media 65 años, mayoría varones (73%), con elevado riesgo cardiovascular: HTA (57,6%), DM (28,5%), dislipemia (45%), obesidad (60,4%), tabaquismo (24,4%), ERC (35,4%) y neumopatía (38%). La FA fue la arritmia más frecuente (83,3%), seguida del *flutter* 12,4%, La FEVI media al ingreso fue de 32,7 ± 7,5%, y el tamaño de la aurícula izquierda de 46 [43-50] mm. Estrategia de CF (44,4%) y CR (58,3%) con uso de FAA (61,1%) y cardioversión eléctrica (28,5%). Se realiza ablación en el 22,1% de los pacientes. En la evolución (mediana de seguimiento de 8 años), todos los pacientes sometidos a ablación recuperan la función ventricular (100 vs 86,1%, p = 0,03), pero no se observaron diferencias en la hospitalización por IC (16,7%vs 20,5%, p = 0,31), desarrollo de ictus (10,7 vs 6,1, p = 0,31), mortalidad cardiovascular (3,3 vs 0,9%, p = 0,38), ni mortalidad total (3,3 vs 8,9%, p = 0,28). En ambos grupos el perfil clínico fue similar, excepto por un menor porcentaje de hipertensión y diabetes en el grupo de ablación. El tamaño de la aurícula izquierda (43 vs 47 mm, p = 0,005) así como el NT-proBNP (2817 vs 4.766 ng/ml, p = 0,008) fue inferior.

Conclusiones: Una estrategia intensiva de control del ritmo mediante la ablación consigue una mayor normalización de la función ventricular pero no disminuye el riesgo de hospitalización por IC, ictus y mortalidad.