



Revista Española de Cardiología



6019-109. LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN CANARIAS, ¿SOMOS DIFERENTES?

Julio Vázquez Reguera, Aridane Cárdenes León y Eduardo Caballero Dorta

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la miocardiopatía genética más frecuente en nuestro medio. Es fundamental la correcta estratificación de riesgo de muerte súbita con score de riesgo, ecocardiograma y resonancia magnética como pilares fundamentales, cobrando cada vez mayor importancia el análisis genético. El objetivo de este estudio fue objetivar si existían diferencias en cuanto a la genética, el riesgo de arritmias (auriculares o ventriculares) o el riesgo muerte súbita e implante de DAI entre los diferentes subtipos de MCH así como comparar los datos descriptivos con la evidencia actual de esta miocardiopatía.

Métodos: Es un estudio descriptivo retrospectivo de 107 pacientes del mismo centro diagnosticados de MCH, analizando diferentes variables como la sintomatología de debut, hallazgos de ECG, ecocardiográficos, de resonancia magnética, la genética, el riesgo de muerte súbita o la necesidad de implante de DAI. Se analizó especialmente la relación entre la MCH asimétrica y la apical.

Resultados: El 90% de las MCH fueron asimétricas (33% obstructivas) siendo las mutaciones más frecuentes las MYH7, MYBPC3 y TNNT2, con el 32% de estudios genéticos negativos, con menor rentabilidad en las apicales. 75% de los pacientes presentaron alteraciones en el ECG y el síntoma inicial más frecuente fue la disnea. La MCHO presentó mayor tasa de TV no sostenidas, aunque se implantaron más DAI en los pacientes con MCH no obstructiva. Se observó una mayor prevalencia de arritmias ventriculares e implante de DAI en la MCH asimétrica respecto a la apical sin obtener un resultado estadísticamente significativo y no se observaron diferencias en cuanto a la prevalencia de arritmias auriculares. Las mutaciones MYH7, TNNT2 y TNNI3 se relacionaron de manera significativa con una mayor necesidad de implante de DAI, si bien el tamaño muestral y el carácter retrospectivo del estudio hacen que estos resultados deban tomarse con precaución.

Relación de los tipos de miocardiopatía con distintas variables

Tipo de miocardiopatía	Prevalencia	Estudio genético positivo	Arritmias ventriculares	Implante de DAI
No obstructiva	52 (49%)	29 (55%)	5 (8%)	12 (23%)

Obstructiva	30 (28%)	7 (24%)	5 (17%)	2 (6%)
Apical	9 (8%)	0	0	1 (11%)

Conclusiones: Este es el primer registro de MCH en Gran Canaria, con unos resultados consistentes con la literatura descrita, si bien la interpretación de los mismos queda limitada por el carácter retrospectivo del mismo y el reducido tamaño muestral. La incidencia de implante de DAI fue mayor en las MCH no obstructivas sin reportarse ninguno en las apicales, teniendo además menor tasa de arritmias ventriculares y siendo menos rentable el estudio genético en estas últimas.