

Seguimiento a largo plazo de pacientes con miocardiopatía hipertrófica portadores de desfibrilador automático implantable

Sr. Editor:

La miocardiopatía hipertrófica es la causa más frecuente de muerte cardíaca súbita en adultos menores de 35 años¹. Se estima que la mortalidad anual es de aproximadamente el 1% y al menos la mitad de dichas muertes es de origen súbito². En el Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable, el 6% de los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable (DAI) tienen de base una miocardiopatía hipertrófica³. Dado que la muerte súbita puede ser la primera manifestación de la enfermedad y que ésta se da con mayor frecuencia en los adolescentes y adultos jóvenes⁴, parece obligado establecer una adecuada estratificación de riesgo. Por todo, ello hemos leído con gran interés el trabajo de Martín et al⁵ sobre las características de los pacientes con esta miocardiopatía a los que se implantó un desfibrilador automático y su análisis de los resultados de este tratamiento. A este respecto, nos gustaría aportar la experiencia de nuestro centro sobre un grupo similar de pacientes y su seguimiento a largo plazo.

De una serie de 216 pacientes a los que se implantaron 276 DAI entre octubre de 1991 y diciembre de 2004, hubo 14 pacientes diagnosticados de miocardiopatía hipertrófica. En 5 (35,7%) pacientes, la indicación del implante fue prevención secundaria (2 con muerte súbita reanimada y 3 (64,3%) con taquicardia ventricular sostenida) y en 9 pacientes, prevención primaria (6 pacientes con síncope, 2 de los cuales no presentaban ningún otro factor de riesgo, y 3 pacientes con al menos 2 de los otros factores de riesgo aso-

ciados con un riesgo incrementado de muerte súbita). En el artículo de Martín et al⁵, el 4,4% de los pacientes presentaba un único factor de riesgo como indicación para el implante, frente a un 14,28% en nuestra serie, que recibieron un DAI bajo este supuesto. Sin embargo, como establece el editorial de Maron⁶, la estrategia conservadora seguida por los centros europeos, incluidos los de nuestro medio, de realizar prevención primaria cuando sólo están presentes 2 factores de riesgo deja sin opción de implantación de DAI a pacientes de alto riesgo.

A lo largo de un seguimiento de $54,2 \pm 39,8$ hubo 5 (35,7%) pacientes que recibieron del sistema un choque adecuado (fig. 1), 3 pacientes en prevención secundaria (el 60% de ellos) y 2 pacientes en prevención primaria (el 22,2% de ellos). Ninguno de los 2 pacientes con un único factor de riesgo recibieron choque del sistema, aunque son frecuentes períodos de retraso prolongados entre el implante del DAI y la primera intervención adecuada en pacientes con esta enfermedad.

Recibieron choques inadecuados 2 (14,3%) pacientes, uno por sobresensado y el otro por episodios de fibrilación auricular rápida.

Ningún paciente falleció ni recibió un trasplante cardíaco durante el seguimiento.

Aunque con las limitaciones inherentes a una serie con un número reducido de pacientes, nuestra experiencia confirma la elevada incidencia de terapias adecuadas en prevención secundaria (60%) y una incidencia no desdeñable en prevención primaria (22,2%). La incidencia de terapias adecuadas en prevención primaria fue superior en nuestra serie (el 22,2% en un seguimiento de 54 meses) frente al artículo de Marín et al⁵ (el 3,7% en 32 meses).

El DAI constituye una terapia eficaz en la prevención de la muerte súbita en pacientes con miocardiopatía hipertrófica. La realización de nuevos estudios sentará las indicacio-

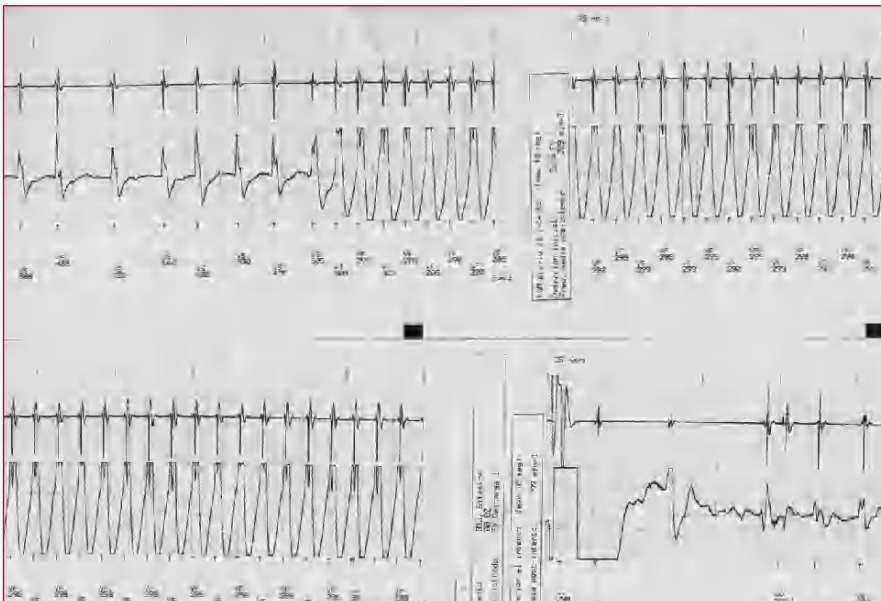


Fig. 1. Electrograma almacenado por uno de los desfibriladores automáticos implantables que muestra un episodio de taquicardia ventricular con un choque adecuado y efectivo del sistema.

nes futuras en el ámbito de la prevención primaria, sobre todo en los pacientes con un único factor de riesgo.

Susana González-Enríquez,
Felipe Rodríguez-Entem, Juan J. Olalla y
Miguel A. Casanova

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marrugat J, Elosua R, Gil M. Epidemiología de la muerte súbita cardiaca en España. *Rev Esp Cardiol.* 1999;52:717-25.
2. Maron BJ. Hypertrophic cardiomyopathy. A systematic review. *JAMA.* 2002;287:1308-20.
3. Peinado R, Arenal A, Arribas F, Torrecilla E, Álvarez M, Ormaetxe JM, et al. Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable. Primer informe oficial del Grupo de Trabajo de Desfibrilador Implantable de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:1435-49.
4. Maron BJ, Olivotto I, Spirito P, Casey SA, Bellone P, Gohman TE, et al. Epidemiology of hypertrophic cardiomyopathy-related death. Revisited in a large non-referral based patient population. *Circulation.* 2000;102:858-64.
5. Martín F, Gimeno JR, Payá E, García-Alberola A, Pérez-Álvarez L, Fernández Susto, et al. Desfibrilador automático en la miocardiopatía hipertrófica. Experiencia de 3 centros. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:537-44.
6. Maron BJ. Desfibrilador implantable para la prevención de la muerte súbita en la miocardiopatía hipertrófica. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:527-30.