

Predicción de muerte súbita de la carga arrítmica en el Holter en la miocardiopatía dilatada y miocardiopatía no dilatada del ventrículo izquierdo

Francisca María Muñoz Franco(1), Mario Hernández Iniesta(2), Marina Navarro Peñalver(3), Lidia María Carrillo Mora(4), Alicia Mateo Martínez(5), Carmen Muñoz Esparza(3), Josefa González Carrillo(3), María Sabater Molina(3) y Juan Ramón Gimeno Blanes(3) de (1)Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca de la Cruz (Murcia) - España, (2)Universidad de Murcia, Murcia - España, (3)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España, (4)Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza (Murcia) - España y (5)Hospital Universitario JM. Morales Meseguer, Murcia - España

Introducción: La muerte súbita (MS) es una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes con miocardiopatía dilatada (MCD) y miocardiopatía no dilatada del ventrículo izquierdo (MCNDVI). La estratificación del riesgo arrítmico continúa siendo un reto clínico. El objetivo fue analizar el valor pronóstico arrítmico de la extrasistolia ventricular (EV) y la taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) en el Holter de 24 h.

Métodos: Estudio observacional de 246 pacientes consecutivos (49,0±16,0 años; 67,1% varones) con MCD y MCNDVI evaluados en una unidad de referencia entre 2005 y 2024. Todos disponían de estudio genético y Holter de 24 h. El diagnóstico fue por síntomas (38,2%), screening familiar (27,2%), ingreso por insuficiencia cardíaca (IC; 19,5%) o casual (15%). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media fue 42,0±12,0%, el 56,6% presentó realce tardío de gadolinio (RTG) en la resonancia magnética cardiaca y el 37,8% estudio genético positivo. Se analizaron variables clínicas, estructurales y genéticas, así como la carga de EV y la presencia de TVNS en Holter. El evento arrítmico incluyó descarga apropiada de desfibrilador automático implantable (DAI), MS, MS resucitada y TV sostenida. Se realizó análisis de supervivencia y regresión logística.

Resultados: El 34,9% presentó >1000 EV en 24 h y el 28,1% TVNS. Estos pacientes mostraron mayor edad, peor FEVI, mayor tamaño de aurícula izquierda (AI) y mayor prevalencia de RTG. La TVNS fue más frecuente en pacientes con EV>1000/24 h (65,2% vs 22,0%; p<0,001). Tras 5,9±4,7 años de seguimiento, la presencia de >1000 EV/24 h (HR 2,17 IC95% 1,12-4,21; p=0,022) y de TVNS (HR 3,52 IC95% 1,84-6,74; p<0,001) se asociaron con eventos arrítmicos en el análisis univariado. En el multivariado, la TVNS (HR 2,33 IC95% 1,06-5,12; p=0,035) y el tamaño de AI (HR 1,05 IC95% 1,003-1,102; p=0,037) fueron predictores independientes. El análisis de Kaplan-Meier mostró menor supervivencia libre de eventos arrítmicos en pacientes con >1000 EV/24 h (p=0,018) y, de forma más marcada, en aquellos con TVNS (p<0,001).

Conclusiones: El Holter de 24 h aporta valor pronóstico en la estratificación del riesgo arrítmico en MCD y MCNDVI. La TVNS es el marcador independiente más robusto, mientras que la carga de EV muestra menor capacidad predictiva. Estos hallazgos apoyan su integración en la evaluación multimodal del riesgo.

Análisis univariado y multivariado de predictores de eventos arrítmicos durante el seguimiento.

	Análisis univariado			Análisis multivariado		
	HR	IC 95%	*p*	HR	IC 95%	*p*
Descarga de DAI + MS + MS resucitada + TV sostenida						
Sexo	1,401	0,677-2,896	0,363			
Edad 1ª valoración	0,997	0,976-1,019	0,796			
Probando	2,111	0,96-4,642	0,063			
FEVI (%)	0,97	0,944-0,996	**0,026**			
Tamaño AI	1,06	1,017-1,106	**0,006**	**1,051**	**1,003-1,102**	**0,037**
EV > 1000/24 h	2,169	1,116-4,213	**0,022**			
TVNS	3,524	1,843-6,737	**<0,001**	**2,329**	**1,06-5,118**	**0,035**
RTG	2,656	1,171-6,024	**0,019**	2,107	0,905-4,907	0,084
Estudio genético	1,502	0,788-2,865	0,216			

HR: hazard ratio; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; p: valor de significación estadística (se consideró significativo p < 0,05); DAI: desfibrilador automático implantable; MS: muerte súbita; TV: taquicardia ventricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; AI: aurícula izquierda; EV: extrasistolia ventricular; TVNS: taquicardia ventricular no sostenida; RTG: realce tardío de gadolinio.