

#013 | ¿Qué tan fantásticos son? Remodelado inverso del ventrículo izquierdo.

Alejandro Senese Volpi¹; Camila Ramos Malcuori¹

¹ - Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Introducción:

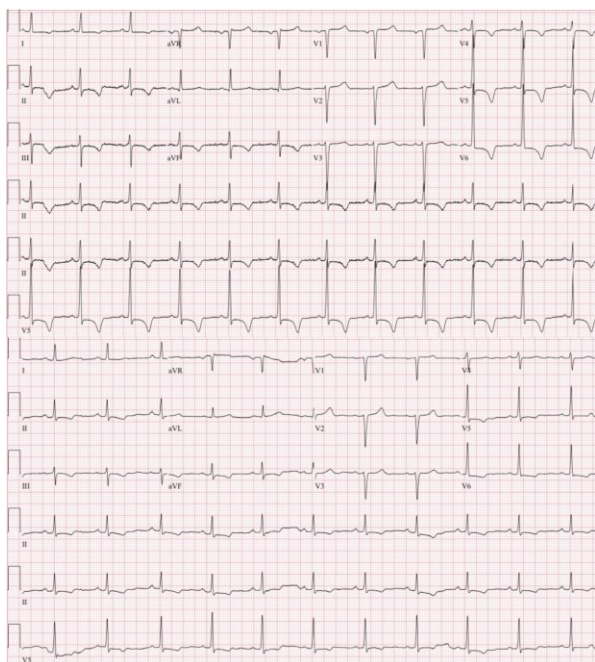
La IC con FEVI reducida es una entidad con alta prevalencia y elevada morbimortalidad. Los “4 fantásticos” constituyen grupos farmacológicos que han demostrado mayor reducción de morbimortalidad: betabloqueantes, IECA/inhibidores del receptor de angiotensina-neprilisina, antagonistas del receptor de mineralocorticoides y gliflozinas. El remodelado inverso se define como la restauración parcial o total de la geometría y función ventricular y se asocia a reducción del riesgo de eventos clínicos.

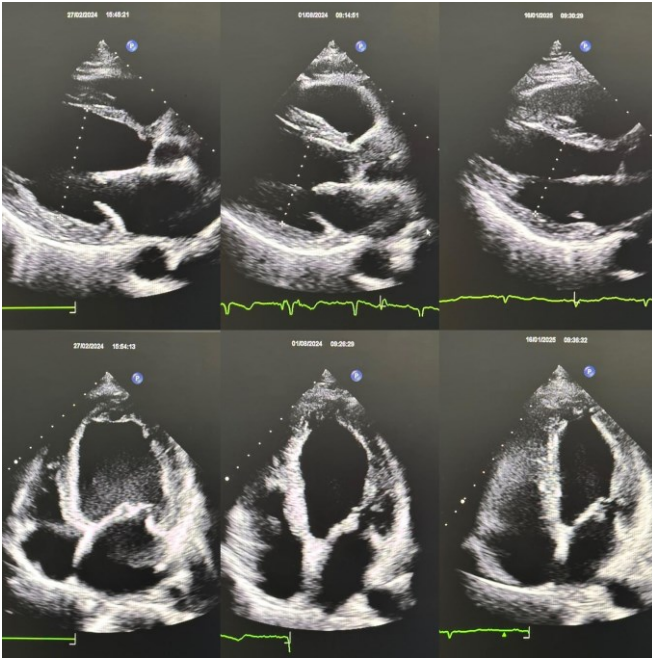
Historia clínica:

Sexo femenino 50 años. Tabaquista. Padre con cardiopatía dilatada no isquémica con muerte súbita a los 40 años. Hermana con extrasístoles. Hija de 23 años con palpitaciones, no estudiada. Historia de palpitaciones de 3 meses de evolución. Buena clase funcional. Examen físico CV con ritmo regular 80 cpm, extrasístoles, sin soplos, sin retención hidrosalina. PA 130/80 mmHg.

Pruebas complementarias:

- Laboratorio: rutinas normales. NTproBNP 170 pg/ml. Tn negativas.- ECG: RS 71 cpm. P y PR normales. Eje 0°. QRS 86 ms. HVI. Alteraciones de la repolarización con descenso de 1 mm del punto J e inversión asimétrica de onda T en cara inferior y lateral. QTc 487 mseg. - ETT: VI dilatado con remodelado esférico de su cavidad e hipertrofia excéntrica. Hipoquinesia difusa. FEVI severamente reducida 24%. AI dilatada. Cavidades derechas normales con función sistólica del VD conservada. Válvulas sigmoideas normales. Válvula mitral con apicalización de velos e insuficiencia central secundaria leve. Sin IT para estimar PSAP. Tiempo de aceleración pulmonar normal. Resto normal. - Holter: RS con frecuencia media 85 cpm (57-142 cpm). 150 EV aisladas. TVNS monomorfa de 8 latidos. - Cardioresonancia: VI con aumento de los volúmenes de fin de sístole y fin de diástole. Disquinesia septal, hipoquinesia difusa. FEVI severamente disminuida 30%. Trabeculación apical sin criterios de no compactación. AI levemente dilatada. Válvula mitral con insuficiencia leve. FEVD normal. Secuencia de perfusión normal. Realce tardío con gadolinio con fibrosis no isquémica, puntiforme e inespecífica en punto de inserción inferoseptal medio del VD. - Angiotomografía coronaria: sin lesiones. - Test genético: pendiente resultado. **ECG inicial y tras tratamiento médico óptimo.





Diagnóstico:

Miocardiopatía dilatada de etiología no isquémica estadio B. Remodelado inverso del VI al año del tratamiento médico óptimo instaurado con dosis tituladas de bisoprolol 10 mg día, espirolactona 50 mg día, sacubitrilo-valsartán 49/51 mg cada 12 horas, empagliflozina 10 mg. Buena tolerancia al tratamiento médico. Clase funcional I. ETT 6 meses: DDVI 55 mm, FEVI 42% y SLG -15.8%. ETT al año: DDVI 48 mm, FEVI 52% y SLG -19.7%.

Discusión:

El remodelado inverso del VI está descrito en miocardiopatías reversibles (taquimiocardiopatía, alcohólica, Takotsubo, etc) o ante la instauración de terapias específicas (tratamiento médico óptimo o dispositivos de asistencia como TRC). Factores que asocian mayor probabilidad de mejora: sexo femenino, etiología no isquémica, sin BCRI, corta duración de la IC, ausencia de realce tardío. El remodelado inverso se asocia a menores hospitalizaciones por IC, mortalidad cardiovascular y de todas las causas. El test genético permitirá redefinir el riesgo arrítmico.