



MIQUEL GONZÁLEZ / SHOOTING

En 10 preguntas

Dr. Antonio Berruezo Director del Departamento de Arritmias y de Investigación e Innovación del Instituto del Corazón Quirónsalud Teknon, en Barcelona

«Podemos prevenir la muerte súbita al ver cicatrices con una resonancia»

Belén Tobalina. MADRID

1. ¿En qué consiste la miocardiopatía hipertrófica y cómo engrosa esta patología el músculo cardíaco?

La miocardiopatía hipertrófica (MH) es una enfermedad genéticamente determinada que puede llegar a padecer uno de cada 500 individuos en la población general y que consiste en un aumento de la masa del músculo del corazón, especialmente en los ventrículos (que son las cámaras que bombean la sangre al resto del organismo). Esto hace que las paredes del corazón sean más gruesas. A diferencia de lo que ocurre con el aumento de la masa del músculo esquelético, el aumento de la masa muscular en el corazón perjudica su funcionamiento.

2. ¿En qué medida esta enfermedad aumenta el riesgo de arritmias graves?

Los pacientes afectados de miocardiopatía hipertrófica tienen un

riesgo aumentado de padecer muerte súbita, en comparación con la población general de su misma edad y sexo. Este aumento de riesgo de muerte súbita depende de ciertas características en relación sobre todo al aumento total de masa muscular y a la presencia de fibrosis o cicatrices en el corazón, que finalmente facilitan la aparición de arritmias causantes de la muerte súbita. Estas cicatrices se pueden identificar mediante la realización de una resonancia magnética nuclear cardíaca y su análisis cuantitativo y cualitativo.

3. ¿Qué síntomas da?

Las arritmias graves pueden «avisar» o preceder a una muerte súbita mediante síntomas como palpitaciones o sensación de taquicardia inapropiada para la actividad que se está realizando, mareos o síncope.

4. Recientemente usted y su equipo han anunciado un avance significativo en la prevención de

la muerte súbita cardíaca en pacientes con miocardiopatía hipertrófica al detectar cicatrices del músculo cardíaco. Antes de entrar en harina, ¿cómo se crean esas cicatrices y durante cuánto tiempo?

Las cicatrices en la miocardiopatía hipertrófica, en general, aparecen



El aumento de la masa muscular en el corazón perjudica el funcionamiento de este órgano»

«La estructura de las cicatrices y del tejido viable permite saber si tiene riesgo de arritmias graves»

en formas graves de esta enfermedad o en fases avanzadas y consisten en la sustitución de un determinado volumen de masa muscular normal por un espacio sin células pero con fibras, que favorecen la aparición de estas arritmias. Estas cicatrices tienen carácter evolutivo y su aumento no sigue el mismo patrón en todos los individuos, por lo que sería recomendable evaluar su progresión en cada caso mediante la repetición de pruebas.

5. ¿De qué modo consiguen ustedes detectar esas cicatrices del músculo cardíaco y a su vez analizarlas?

La detección se lleva a cabo mediante una resonancia magnética nuclear cardíaca y su análisis se realiza con software de análisis de imagen especializado, que nos permite un análisis cuantitativo (cantidad de gramos de cicatriz) y cualitativo (que se refiere a la presencia o ausencia de lo que llamamos canales de conducción eléctrica en su interior).

6. ¿Cuál sería el procedimiento? ¿Analizarlo cada cierto tiempo en el paciente con miocardiopatía hipertrófica? ¿Y eso no conlleva un riesgo o superan los beneficios al riesgo?

Dada la naturaleza progresiva de la enfermedad, sería conveniente realizar una primera resonancia y posteriormente repetirla a intervalos de tiempo que no están en la actualidad determinados, ya que faltan estudios a este respecto y probablemente sean diferentes para distintos tipos de pacientes. En general, se podría hablar de intervalos de entre tres y cinco años o incluso más.

7. Según su estudio, no solo importa la cantidad de tejido cicatrizado, sino cómo está organizado. ¿Por?

Hemos visto que la estructura tridimensional de las cicatrices y del tejido viable en su interior permite discriminar mejor que un análisis cuantitativo entre aquellos pacientes que van a tener arritmias graves o muerte súbita y los que no las van a tener.

8. ¿Y eso qué supone para el paciente? Es decir, ¿en qué medida saber esto puede reducir la muerte súbita? No sé si me puede facilitar un porcentaje o una horquilla al respecto.

Conocer este dato en pacientes que ya tienen fibrosis podría en algunos casos a ayudar a decidir qué pacientes se van a beneficiar de recibir el implante de un desfibrilador automático implantable para prevenir de este modo casos de muerte súbita.

9. ¿Cuántos años antes de que pueda ocurrir lo predice?

En la actualidad, los cálculos o estimaciones de riesgo de muerte súbita en la miocardiopatía hipertrófica, en base a los cuales se decide si un paciente es candidato adecuado al implante de un DAI, se realizan a cinco años. Cuando este riesgo supera el 4%, es razonable considerar al paciente como candidato adecuado.

10. ¿Cuáles serían las recomendaciones que daría usted a un paciente al detectar que tiene un elevado riesgo de sufrir muerte súbita cardíaca?

Le recomendaría ser evaluado por un cardiólogo especialista en arritmias y cardiopatías de base genética y realizar las pruebas oportunas (entre ellas una resonancia magnética) que permitan disponer de todos los datos para poder realizar un cálculo lo más preciso posible del riesgo de muerte súbita del paciente.