



P030 - ARRITMIAS Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

L. López-Núñez, I. Carrión-Barberà, I. Padró, L. Molina y A. Pros

Hospital del Mar/Parc de Salut Mar. Barcelona.

Resumen

Introducción: La afectación cardíaca en la esclerosis sistémica (ES) es frecuente y una de las principales causas de mortalidad (hasta en el 31%). Suele manifestarse precozmente y de forma silente. Puede afectar a cualquier estructura cardíaca y presentarse con manifestaciones diversas: disfunción ventricular, afectación valvular, miopericarditis, arritmias e incluso muerte súbita. De acuerdo a la literatura, la afectación cardíaca empeora el pronóstico y aumenta la mortalidad, por lo que debería tenerse siempre presente en estos pacientes.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de arritmias en una cohorte de pacientes con ES, no afectados de hipertensión arterial pulmonar (HAP) ni otra patología cardíaca, y establecer su asociación con la disfunción ventricular izquierda y la disautonomía cardíaca (DC), así como con otras variables que pudiesen ser predictoras para el desarrollo de esta complicación.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con ES, excluyendo aquellos con patología cardíaca, HAP o factores de riesgo cardiovascular. A todos se les realizó una valoración clínica, analítica con biomarcadores cardíacos, electrocardiograma (ECG), Holter 24h (Hlt) y ecocardiograma (TTE), estos tres interpretados por un cardiólogo experto y ciego en cuanto a los pacientes. Las arritmias se clasificaron en arritmias con significado clínico (ACS) y sin significado clínico (ASS), por ECG y por Holter. Se definió la disfunción diastólica del ventrículo izquierdo (DDVI) como $E/e' > 8$, la disfunción sistólica del VI (DSVI) como una deformidad longitudinal global (SGL) $< 20\%$ y la DC como un SDNN < 100 ms. Se recogieron datos demográficos, clínicos y biológicos. A los $6,2 \pm 0,9$ años se realizó un seguimiento clínico evolutivo. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y de correlaciones mediante IBM® SPSS 23.

Resultados: 36 pacientes incluidos: edad media $56,7 \pm 12,3$ años, mujer/hombre 35/1, duración de la enfermedad $7 \pm 4,1$ años. El 66% pertenecían al subtipo ES limitada, un 66,6% presentaban anticuerpos anti-centrómero, un 25% anti-topoisomerasa, 2,7% anti-PM/Scl y 2,7% anti-RNA polimerasa III. El 100% presentaba Raynaud, 55,6% telangiectasias y 36,1% enfermedad pulmonar intersticial. El *modified Rodnan skin score* (mRss) fue \leq moderado (0-29 puntos) en el 55,6%. El 27,8% habían presentado úlceras digitales graves que requirieron prostaglandinas. Un 27,8% presentaron DDVI, un 22% DSVI, un 11,1% DD + DSVI y un 16,7% DAC. El 50% (18/36) de los pacientes presentaron alteraciones por ECG, de los que un 44% correspondían a ACS (tabla 1) y el 55,6% (20/36), alteraciones por Htr, de las que un 75% eran ACS (tabla 2). Solo 3/36 pacientes

presentaron ACS tanto por ECG como por Htr. En 1 paciente se detectó una alteración de la fracción de eyección; en ninguno patología valvular. El 38,8% presentó elevación de NT-proBNP y el 13,9% de troponina T (TnT). No se encontró correlación entre ningún parámetro y la presencia de ACS (Tabla 3). Se halló correlación entre el mRSS y DLco ($p = 0,002$), DLco y úlceras digitales ($p = 0,001$) y mRSS y úlceras digitales ($p = 0,005$). También se encontró correlación entre elevación del NT-proBNP y de TnT ($p = 0,006$) y entre elevación del NT-proBNP y DDVI ($p = 0,049$). En el seguimiento a $6,2 \pm 0,9$ años, 2 pacientes murieron: 1 por neoplasia y 1 por disfunción biventricular grave a los 5,2 años.

Tabla 1. Anormalidades del ECG (N = 18). * *arritmias clínicamente significativas*

Tipo alteración		Nº pacientes
Mayor	Bloqueo completo rama izquierda*	1
	Prolongación anómala de QRS en precordiales	1
Menor	Cambios inespecíficos en el ST/T	3
	Bloqueo incompleto rama izquierda*	3
	Bloqueo incompleto rama derecha*	4
Otras	Mínima prolongación del segmento QT	11

Tabla 2. Alteraciones electrocardiográficas mediante Holter 24h (N = 20). * *arritmias clínicamente significativas*

Tipo de alteración	Subtipo	Nº pacientes
Extrasístoles supraventriculares	Poco frecuentes	7
	Frecuentes*	3
	Mono o polimorfos	0
Taquicardia supraventricular no sostenida*		7
	Benignas	4
	No benignas*	4
Extrasístoles ventriculares	Dobletes	1
	Dos morfologías	2
	Ritmo idioventricular acelerado	1
Bloqueo aurículo-ventricular de 1 ^{er} grado*		1
Taquicardia sinusal		2

Tabla 3. Correlaciones entre diferentes parámetros y arritmias clínicamente significativas (ACS) por ECG y Holter

	Nº pacientes ACS ECG	p-valor	Nº pacientes ACS Holter	p-valor
Modified Rodnan Skin Score		0,82		0,77
Úlceras digitales	3 (8,3%)	0,49	6 (16,7%)	0,17
Alteración SDNN	1 (2,8%)	0,72	4 (11,1%)	0,17
Pro-BNP	4 (11,1%)	0,51	7 (19,4%)	0,32
Troponina T	2 (5,6%)	0,25	4 (11,1%)	0,06
Disfunción diastólica ventrículo izquierdo	2 (5,6%)	0,84	6 (16,7%)	0,17
Disfunción sistólica ventrículo izquierdo	3 (8,3%)	0,24	2 (5,6%)	0,28

Disfunción sistólica y diastólica ventrículo izquierdo	1 (2,8%)	0,89	2 (5,6%)	0,72
Productos degradación colágeno	2 (5,6%)	0,63	3 (8,3%)	0,89

SDNN: desviación estándar de todos los intervalos normales sinusales RR (NN) en milisegundos.

Conclusiones: Los datos observados confirman una elevada prevalencia de disfunción ventricular izquierda y arritmias en pacientes con ES asintomáticos, sin patología cardíaca previa ni HAP, siendo hasta el 75% de las arritmias ACS. La ausencia de correlación entre ACS y DS o DDVI indica que las arritmias podrían ser debidas, no solo a una supuesta alteración estructural del miocardio, sino a una afectación cardíaca primaria de la ES. Además, la falta de correlación de ACS entre ECG y Htr, refuerza la importancia de realizar una valoración cardiológica completa en estos pacientes (ECG, TTE y Htr) para descartar una afectación cardíaca silente.

Bibliografía

- 1 Komócsi A, Vorobcsuk A, Faludi R, et al. The impact of cardiopulmonary manifestations on the mortality of SSC: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Rheumatol (United Kingdom)* Published Online First: 2012. doi:10.1093/rheumatology/ker357
- 2 Steen VD, Medsger TA. Severe organ involvement in systemic sclerosis with diffuse scleroderma. *Arthritis Rheum* Published Online First: 2000. doi:10.1002/1529-0131(200011)43:11
- 3 Sandmeier B, Jäger VK, Nagy G, et al. Autopsy versus clinical findings in patients with systemic sclerosis in a case series from patients of the EUSTAR database. *Clin Exp Rheumatol*. 2015.
- 4 Follansbee WP, Zerbe TR, Medsger TA. Cardiac and skeletal muscle disease in systemic sclerosis (scleroderma): A high risk association. *Am Heart J* Published. Online First: 1993. doi:10.1016/0002-8703(93)90075-K