

La regresión de la hipertrofia ventricular izquierda con antihipertensivos reduciría el riesgo de muerte súbita

Regression of Electrocardiographic Left Ventricular Hypertrophy During Antihypertensive Therapy and Reduction in Sudden Cardiac Death: the LIFE Study

Wachtell K, et al. Circulation 2007;116(7):700-5.

Objetivo

Evaluar si la regresión de la hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) reduce el riesgo de muerte súbita (MS).

Diseño

Subanálisis del ensayo clínico aleatorizado y doble ciego LIFE, que comparó losartán con atenolol¹.

Lugar

Gothenburgo, Suecia.

Pacientes

Pacientes de 55 a 80 años de edad con hipertensión arterial (HTA) e HVI tratados con losartán o atenolol seguidos durante un promedio de 4,8 años.

Evaluación de factores pronósticos

La MS fue definida como aquella muerte de aparición brusca e inesperada y no debida a infarto agudo de miocardio (IAM) insuficiencia cardiaca u otra causa identificable. La HVI se diagnosticó por los criterios electrocardiográficos² del "producto de Cornell" (PC) tomando como umbral 2440mm.ms y/o de Sokolow-Lyon (SL) con un umbral 38mm. Se ajustó por factores de riesgo, tratamiento asignado, frecuencia cardiaca, tasa albúmina/creatinina, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y ocurrencia de infarto de miocardio.

Resultados principales

Presentaron MS el 2,1% de los pacientes. Luego del ajuste, el tiempo de ausencia de HVI bajo tratamiento se asoció con una disminución de riesgo de MS: por cada descenso de un desvío estándar (DE) del PC (1050 mm.ms) se redujo un 19%, por cada 10,5 mm de descenso del de SL un 18% y por el descenso de ambos, un 30%. Ver tabla 1.

Tabla 1: riesgo relativo de muerte súbita por cada desvío estándar de descenso de los valores electrocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda.

	Producto de Cornell	Sokolow-Lyon	Ambos
Riesgo (HR) de Muerte Súbita (IC95%)	0,81 (0,73-0,90)	0,82 (0,70-0,98)	0,70 (0,54 -0,92)

Conclusión

El tiempo transcurrido sin HVI electrocardiográfica bajo tratamiento antihipertensivo se asoció a una reducción del riesgo de MS, independientemente del tratamiento, de la reducción de la TA, de la presencia de enfermedad coronaria y otros factores de riesgo en pacientes hipertensos con HVI.

Palabras Claves: hipertrofia, muerte súbita, electrocardiografía

Key Words: left ventricular hypertrophy, sudden death, electrocardiography

Fuente de financiamiento: Merck & Co, Inc.

Comentario

La regresión de la HVI se asocia independientemente con una reducción de eventos combinados como mortalidad cardiovascular, IAM y accidente cerebrovascular³. Los mecanismos biológicos posibles se vincularían con un menor consumo de oxígeno y de ese modo, un umbral más alto para el desarrollo de arritmias letales.

Este estudio tiene la fortaleza de haber sido aleatorizado y de haber ajustado por covariables. Su limitación es que contó con una población muy seleccionada de alto riesgo por sus características basales y por el diagnóstico electrocardiográfico de HVI, de sensibilidad y especificidad limitada (su capacidad diagnóstica es aceptable solamente ante hipertrofia severa y no permite cuantificar su grado⁴). Nuestros pacientes suelen tener HTA e HVI con diferente severidad, por lo que necesitamos herramientas que nos permitan hacer un diagnóstico más

precoz para estratificarlos mejor, por ejemplo la ecocardiografía, que ha demostrado correlacionar bien la masa ventricular izquierda y la anatomía patológica^{5,6}.

Conclusiones del comentador

Sería necesario conocer si la regresión de la HVI se asocia con una reducción de la MS en todo el espectro de pacientes con HVI. En esta línea hay estudios que han demostrado reducción de eventos, pero no MS, probablemente por el menor riesgo basal⁷. Igualmente, la HVI es considerada como un "daño de órgano blanco" en hipertensos, lo que nos obliga a intensificar el tratamiento y a alcanzar metas más exigentes de control de la TA⁸.

Ver glosario*

Anibal Arias [Servicio de Cardiología. Hospital Italiano de Buenos Aires. anibal.arias@hospitalitaliano.org.ar]

Recibido el 7/12/07 y aceptado el 27/12/07.

Arias A. La regresión de la hipertrofia ventricular izquierda mediante antihipertensivos reduce la muerte súbita. Evid actual pract ambul; 10(6); 171, Nov-Dic 2007. Wachtell K, Okin PM, Olsen MH, et al. **Regression of electrocardiographic left ventricular hypertrophy during antihypertensive therapy and reduction in sudden cardiac death: the LIFE Study.** Circulation 2007;116(7):700-5. PMID: 17664372.

Bibliografía

1. Lindholm LH; Ibsen H; Dahlöf B; Devereux RB; et al. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. Lancet 2002;359:1004-10. Resumido en castellano en: http://www.fundacionmf.org.ar/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=757
2. Prognostic Value of a New Electrocardiographic Method for Diagnosis of Left Ventricular Hypertrophy in Essential Hypertension. Verdecchia P, et al. J Am Coll Cardiol 1998; 31 383-90. Disponible en castellano en: http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=113
3. Devereux R, et al. Prognostic Significance of Left Ventricular Mass Change During Treatment of Hypertension. JAMA. 2004;292:2350-56.
4. Levy D, et al. Determinants of Sensitivity and Specificity of Electrocardiographic Criteria for Left Ventricular Hypertrophy. Circulation 1990; 81:815-20.
5. Woythaler J, et al. Accuracy of Echocardiography Versus Electrocardiography in Detecting Left Ventricular Hypertrophy: Comparison With Postmortem Mass Measurements. Journal of American College of Cardiology 1983;2: 305-11.
6. Devereux R, et al. Echocardiographic assessment of left ventricular hypertrophy: comparison to necropsy findings. Am J Cardiol 1986; 57:450-8.
7. Verdecchia P, et al. Prognostic Significance of Serial Changes in Left Ventricular Mass in Essential Hypertension. Circulation 1998; 97: 48-54.
8. Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007. Grupo de Trabajo para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. Rev Esp Cardiol. 2007;60(9):968.e1-e94