Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 158

Revista Española de Cardiología

14. RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN EL ESTUDIO Y CARACTERIZACIÓN DE LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

Alfonso Padilla Escámez[1], Juan Román Parejo[2], María José Romero Reyes[1], Cecilia Prados Murcia[1] y Francisco Javier Molano Casimiro[1]

[1]Cardiología. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España y [2]Radiología. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La prueba inicial y más accesible para el diagnóstico de la miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la ecocardiografía pero la resonancia magnética cardiaca (RMC) es necesaria en algunos casos. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la utilidad de la RMC en pacientes con sospecha de MCH cuando la ecocardiografía no era suficiente.

Métodos: Estudio descriptivo y analítico en el que incluimos a pacientes con sospecha de MCH que fueron derivados para realización de RMC entre enero 2017 y octubre 2022. El estudio se realizó mediante secuencias de sangre negra, cine SSFP, secuencias de primer paso y realce tardío de gadolinio (RTG).

Resultados: Incluimos a 143 pacientes (69,2% varones, edad media 57 ± 15 años), de los cuales 81 fueron diagnosticados de MCH (56,6%). El 20,3% de los casos se descartó cardiopatía estructural, en un 12,6% orientó a miocardiopatía hipertensiva y en el 8% de los casos hacia otros diagnósticos. En el 2,1% no ayudó al diagnóstico. Los pacientes con MCH presentaban con mayor frecuencia OTSVI (28 vs 2; p 0,001), movimiento sistólico anterior mitral (16 vs 1; p 0,001), anomalías en los músculos papilares (17 vs 4; p 0,015), RTG (54 vs 11; p 0,001), mayor FEVI (71,8 vs 63,8%; p 0,001) y masa indexada (85 vs 10,3; p 0,012). En cambio, de manera significativa tienen un menor VTDVI (p 0,005) y menor VTSVI (p 15%). Disponíamos del resultado del estudio genético en 48 pacientes con diagnóstico de MCH. En el resto de los casos no se solicitó estudio genético o su resultado estaba pendiente. De los disponibles, el 50% fue negativo y el 50% positivo (14 pacientes con mutación patogénica relacionada con la enfermedad y 10 pacientes con variantes de significado incierto). De las patogénicas, las más frecuentes fueron en el gen MYH7 (29,1%) y MYBPC3 (25,0%). En el resto se identificaron en otros genes.

Variable	MCH	Otros diagnósticos	p
Sexo (varón)	56	43	NS
Edad	58,6 ± 15,5	55,7 ± 14,8	NS

Antecedentes familiares	17	15	NS
Hipertensión arterial	44	30	NS
Diabetes mellitus	18	10	NS
Deportista	7	6	NS
Estenosis aórtica	7	7	NS
Enfermedad renal crónica	7	8	NS
OTSVI	28	3	**0,001**
SAM mitral	16	1	**0,001**
Cripta miocárdica	12	3	0,054
Anomalía MP	17	4	**0,015**
RTG	54	11	**0,001**
GPM	19,0 ± 4,2	12,8 ± 3,2	**0,001**
FEVI	71,8 ± 1,1	63,8 ± 1,7,	**0,001**
VTDVI indexado (ml/m^2)	72,2 ± 2,3	84,0 ± 3,6	**0,005**
VTSVI indexado (ml/m^2)	20,9 ± 1,4	32,3 ± 2,8	**0,001**
Masa indexada (g/m^2)	85,0 ± 3,7	70,3 ± 4,3	**0,012**

MCH: miocardiopatía hipertrófica; OTSVI: obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo; SAM: movimiento sistólico anterior mitral; MP: músculos papilares; RTG: realce tardío de gadolinio; GPM: grosor parietal máximo; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; VTDVI: volumen telediastólico del ventrículo izquierdo; VTSVI: volumen telesistólico del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: La RMC define y caracteriza la hipertrofia del ventrículo izquierdo y ayuda a establecer el diagnóstico de las principales miocardiopatías relacionadas en los casos en los que la ecocardiografía es insuficiente.