



5012-3. IMPORTANCIA DEL REALCE TARDÍO EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Charlotte Boillot, Belén Santos González, María Cristina Morante Perea, María Montaña Merideño García, Alejandro Gadella Fernández, José Manuel Martínez Palomares y Mar Céspedes Mas

Hospital General Universitario de Toledo.

Resumen

Introducción y objetivos: El objetivo de nuestro estudio es evaluar la importancia del realce tardío en una entidad tan importante como la miocardiopatía hipertrófica (MCH) por las implicaciones pronósticas que conlleva.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de cohortes realizado en pacientes con MCH con edad menor de 60 años a los que se realizó resonancia cardiaca (RMC) entre junio de 2016 y agosto de 2021 en nuestro centro. Se ha calculado el riesgo individual mediante la calculadora HCM Risk-SCD de la Sociedad Europea de Cardiología. La resonancia cardiaca se realizó en una Avanto Siemens 1,5T. El análisis estadístico se hizo con el programa estadístico SPSS 23.

Resultados: La muestra incluyó 115 pacientes con diagnóstico de MCH. La edad media fue de 44,2 años; 98 pacientes (85,2%) eran varones; la mayoría de los pacientes estaban en clase funcional I (94,8%) y II (3,5%), con un tiempo de seguimiento medio de 37,8 meses. El *score* de riesgo medio fue de 2,4. En relación con el estudio genético, se realizó solo en 26 pacientes (22,6%), siendo los genes más frecuentes (gen MYH7, MYBPC3I y TPM1). Se implantó desfibrilador automático (DAI) a 17 pacientes (14,8%), de los cuales a 11 pacientes fue en prevención primaria con una edad media al implante de 40 años. De estos pacientes cuatro pacientes tuvieron descargas apropiadas del DAI. Del total de la muestra, 13 pacientes (11,3%) tuvieron eventos mayores, entendido como muerte cardiaca, muerte no cardiaca e ictus. En relación con el realce tardío, 65 pacientes (56,5%) presentaban realce, la localización más frecuente fue en el septo (28,7%) y en el septo y pared libre del ventrículo izquierdo (11,3%). La mayoría, 101 pacientes presentaban menos de un 5% de realce y solo 6 pacientes (5,2%) presentaban más del 15%. La presencia de realce tardío se asoció de manera significativa con la presencia de eventos mayores OR 11,9 (IC95% 1,39-88,5; p = 0,002) con el tamaño de la aurícula izquierda, el espesor máximo, el score de riesgo y la taquicardia ventricular no sostenida (TVNS), en todos de manera significativa.

Características demográficas y hallazgos clínicos

Presencia realce tardío (N = 65)	Ausencia realce tardío (N = 50)	p
-------------------------------------	------------------------------------	---

Sexo varón	56 (57,1%)	42 (42,9%)	0,577
Sexo mujer	9 (13,8%)	7 (14,3%)	0,577
Edad (años)	46,3 ± 10,7	41,4 ± 12,9	0,837
Clase funcional I	60 (92,3%)	49 (100%)	0,061
AF muerte súbita	5 (7,7%)	3 (6%)	0,512
Fibrilación auricular	7 (10,8%)	1 (2,0%)	0,067
TVNS	15 (23,1%)	1 (2,0%)	0,001
Función sistólica de VI (%)	62,2 (5,9%)	63,1 (6,4%)	0,457
Aneurisma apical	5 (7,7%)	0 (0%)	0,054
Obstrucción dinámica de VI	12 (18,5%)	0 (0%)	0,001
Espesor máximo (mm)	20,4 ± 4,9	15,8 ± 2,5	0,001
Tamaño aurícula izquierda (mm)	40,6 ± 5,8	36,9 ± 5,7	0,001
Score de riesgo (%)	2,97 (1,59)	1,7 (0,66)	0,001
DAI	16 (24,6%)	1 (2,0%)	0,05
DAI en prevención primaria	11 (6,2%)	0 (0%)	
DAI en prevención secundaria	5 (7,7%)	1 (2,0%)	0,004
FV	6 (9,2%)	0 (0%)	0,029
Eventos mayores	12 (92,3%)	1 (7,7%)	0,004

Descarga apropiada DAI

4 (100%)

0 (0%)

0,003

AF: antecedentes familiares; TVNS: taquicardia ventricular no sostenida; VI: ventrículo izquierdo; DAI: desfibrilador automático implantable; FV: fibrilación auricular.

Conclusiones: La miocardiopatía hipertrófica sigue siendo una entidad con muchas incógnitas. Este estudio, a pesar el número limitado de pacientes remarca el valor pronóstico del realce tardío al mostrar una asociación significativa con los eventos mayores y con la presencia de TVNS.