



5002-6. EL *STRAIN* DE LA AURÍCULA IZQUIERDA PREDICE EVENTOS CARDIOVASCULARES ADVERSOS EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE RMC

Francisco González Santorun¹, Guillem Casas Masnou¹, Andrea Faggiano², Mateo Brusamolino³, Filipa Xavier Valente¹, Ruper Oliveró Soldevila¹, Clara Badia Molins¹, Javier Limeres Freire¹, Gisela Teixido Tura¹, Eduardo Ródenas Alesina¹, Andrea Guala⁴, Ignacio Ferreira González¹ y José Fernando Rodríguez Palomares¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ²Departamento de Enfermedades Vasculares Cardio-Torácicas. Foundation IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano (Italia), ³Departamento de Cardiología Perioperatoria e Imagen Cardiovascular. IRCCS Centro Cardiologico Monzino, Milano (Italia) y ⁴Grupo de Enfermedades Cardiovasculares. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La estratificación de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) en la miocardiopatía hipertrófica (MCH) es imperfecta. Este estudio tiene como objetivo investigar el papel pronóstico del *strain* longitudinal global de la aurícula izquierda (SLG-AI) derivado de RMC en MCH.

Métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal, unicéntrico, de pacientes con MCH, con análisis ciego de las RMC. El SLG-AI se obtuvo a partir de un método semiautomático y se clasificó según su valor mediano. MACE se definió como mortalidad global, muerte súbita cardíaca (MSC), taquicardias ventriculares (TV) sostenidas y no sostenidas, descargas apropiadas del DAI, hospitalización por insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular de nueva aparición. Se realizó un análisis de regresión de Cox. Se presentan aquí los resultados preliminares.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes con MCH, de 58 ± 16 años y 39% mujeres. El grosor máximo parietal (GMP) era de $18,0 \pm 3,9$ mm, el 37% presentaba obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (OTSVI) y el 45% tenía realce tardío de gadolinio (RTG) (tabla). Tras un seguimiento medio de $6,9 \pm 3,0$ años, 26 pacientes (48%) presentaron MACE. El SLG-AI fue significativamente inferior en los pacientes con MACE ($26,5 \pm 19,0\%$ vs $36,7 \pm 13\%$, $p = 0,026$), con un valor predictivo moderado (AUC = 0,68, figura A). El análisis multivariante reveló que una disminución del SLG-AI (HR 1,09 por cada 1% de disminución, IC95% 1,03-1,15, $p = 0,002$), la presencia de RTG (HR 6,90, IC95% 1,70-28,00, $p = 0,007$), la presencia de OTSVI (HR 3,40; IC95% 1,12-10,20; $p = 0,031$) y un aumento del GMP (HR 1,23 por cada 1 mm de aumento; IC95% 1,05-1,45; $p = 0,011$) se asociaron de forma independiente con MACE. Entre los pacientes de bajo riesgo (ausencia de RTG u OTSVI, o GMP inferior al valor mediano), el SLG-AI tuvo un papel pronóstico adicional: aquellos con una SGL-AI superior al valor mediano ($> 29,7\%$) presentaron un pronóstico muy favorable (figura B-D).

Características clínicas y hallazgos de imagen

Características clínicas	Todos los pacientes	MACE	No MACE	p
N (%)	54 (100%)	26 (48,1%)	28 (51,9%)	-
Género femenino (%)	21 (38,9%)	10 (38,5%)	11 (39,3%)	0,951
Edad (años) ± DE	58,5 ± 15,9	60,9 ± 12,8	56,3 ± 18,3	0,285
Hipertensión (%)	23 (42,6%)	14 (53,8%)	9 (32,1%)	0,168
Diabetes (%)	5 (9,3%)	2 (7,7%)	3 (10,7%)	0,702
Dislipemia (%)	21 (38,9%)	9 (34,6%)	12 (42,9%)	0,586
Hª familiar de MS (%)	7 (13,9%)	4 (15,4%)	3 (11,1%)	0,646
Supervivencia (años) ± DE	6,9 ± 3,1	5,5 ± 3,4	8,1 ± 2	0,001

Hallazgos de imagen

SLG (%)*	23 (45,1%)	15 (62,5%)	8 (29,6%)	0,019
SLG-AI (%) ± DE*	31,8 ± 17,2	26,5 ± 19,0	36,7 ± 13,0	0,026
SLG-AI 29,7% (%)	27 (50,0%)	17 (65,4%)	10 (35,7%)	0,029
GMP (mm) ± DE*	18,0 ± 3,9	18,7 ± 4,2	17,4 ± 3,6	0,048
OTSVI (%)*	20 (37,0%)	11 (42,3%)	9 (32,0%)	0,041
FEVI (%) ± DE	62,7 ± 6,7	62,7 ± 7,0	62,6 ± 7,00	0,936
FEVD ± DE	61,0 ± 8,1	62,4 ± 7,9	59,7 ± 8,1	0,214
VTDVIi (ml/m ²) ± DE	80,3 ± 18,7	79,9 ± 30,3	80,6 ± 19,6	0,894
MVIi (g/m ²) ± DE	73,5 ± 26,5	77,9 ± 30,3	69,3 ± 22,2	0,238

VAIi (ml/m ²) ± DE	48,7 (19,7)	49,9 ± 20,9	47,6 ± 18,8	0,672
--------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------

FEVD: fracción de eyección del ventrículo derecho; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; GMP: grosor máximo promedio de la pared; MACE: eventos cardiovasculares adversos mayores; MS: muerte súbita; MAVi: masa del ventrículo izquierdo indexada; OTSVI: obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo; DE: desviación estándar; SLG: *strain* longitudinal global; SLG-AI: *strain* longitudinal global de la aurícula izquierda; VAIi: volumen de aurícula izquierda indexado; VTDVIi: volumen telediastólico de ventrículo izquierdo indexado.
*Variables incluidas en el análisis multivariable.



Resultados del estudio preliminar.

Conclusiones: El SLG-AI por RMC es un predictor de eventos en la MCH más allá de los factores pronósticos clásicos. En particular, parece ser útil para estratificar el riesgo de los pacientes de bajo riesgo: aquellos con un GLS-AI normal muestran un pronóstico excelente. Si se confirma en estudios prospectivos, el GLS-AI podría utilizarse para individualizar el seguimiento de la MCH.