



4014-6. CUANTIFICACIÓN DE REALCE TARDÍO POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y RIESGO INTERMEDIO DE MUERTE SÚBITA

Rocío Hinojar Baydes¹, Covadonga Fernández-Golfín¹, Juan Carlos Portugal², Amparo Esteban¹, Alicia Megías¹, Luis Miguel Rincón¹, José Julio Jiménez-Nácher¹ y José Luis Zamorano¹ del ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y ²Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la causa más frecuente de muerte súbita cardíaca (MSC) en los jóvenes. Las estrategias actuales no permiten identificar a todos los pacientes en riesgo con MCH. Recientemente las guías europeas han propuesto un novedoso algoritmo para guiar la indicación de implante de desfibrilador automático implantable (DAI), basado en la estimación de riesgo de MSC a 5 años. La evidencia reciente sugiere que la presencia de extensas áreas de fibrosis miocárdica (> 15% de la masa del VI) determinado por realce tardío de gadolinio (RTG) está asociado de forma independiente con un mayor riesgo de MSC. Nuestro objetivo es establecer la relación entre la extensión del RTG y el nuevo modelo de predicción de riesgo.

Métodos: Sesenta y cinco pacientes con MCH fueron prospectivamente reclutados y sometidos a evaluación clínica rutinaria y a un protocolo de resonancia magnética cardíaca, incluyendo la evaluación de la función y de RTG (1,5 Tesla). El estudio de RM se llevó a cabo dentro de los 2 meses posteriores a la evaluación clínica. La probabilidad de MSC a los 5 años se calculó para cada paciente usando el modelo recientemente propuesto. Las imágenes de RTG fueron adquiridas tras la administración de 0,2 mmol/kg de gadobutrol. La cuantificación de RTG se realizó utilizando la escala de grises y considerando áreas de RTG aquellas que superaban el umbral de 6 desviaciones estándar del tejido sano. Extensas áreas de RTG fueron definidas por la presencia de más de 15% de la masa total del VI.

Resultados: 74% de los pacientes mostraron áreas de RTG (n = 48). La extensión del RTG se correlacionó positivamente con la predicción de riesgo de MSC (r = 0,68, p 0,0001). Los grupos de bajo, intermedio y alto riesgo según el modelo mostraron diferente extensión del RTG (6,1 ± 7 frente a 15 ± 10 frente a 22 ± 4%, p 0,0001 respectivamente). El 7% de los pacientes en el grupo de bajo riesgo (n = 4) y el 50% en el riesgo intermedio (n = 3) mostraron extensas áreas de RTG. Todos los pacientes de alto riesgo (n = 5) mostraron extensas áreas de RTG.

Conclusiones: La extensión de RTG es concordante con el modelo que define los grupos de bajo y alto riesgo; en pacientes de riesgo intermedio parece proporcionar información adicional y puede permitir una mejor discriminación que ayude a la decisión de implante de DAI en prevención primaria.