



## 5008-4. ESTUDIO DE LAS DIFERENTES FORMAS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA

Teresa Sevilla Ruiz<sup>1</sup>, Ana Revilla Orodea<sup>1</sup>, Ana Correa Fernández<sup>1</sup>, Itziar Gómez Salvador<sup>1</sup>, Santiago Sanz Estébanez<sup>2</sup>, Susana Merino Caviedes<sup>2</sup>, Carlos Alberola López<sup>2</sup> y José Alberto San Román Calvar<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid y <sup>2</sup>Laboratorio de Procesado de Imagen, Universidad de Valladolid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La determinación de la etiología subyacente en la hipertrofia ventricular izquierda (HV) es un problema común ya que las formas patológicas de HV suelen presentar un fenotipo solapado. El objetivo fue determinar si la miocardiopatía hipertrófica (MCH) y las formas de HV secundarias (HVS) se pueden diferenciar mediante parámetros obtenidos con resonancia cardiaca.

**Métodos:** 86 pacientes se estudiaron mediante resonancia cardiaca, 24 voluntarios sanos y 62 pacientes remitidos para el estudio de HV. Se analizaron volúmenes y función ventricular, deformidad miocárdica mediante tagging, perfusión de primer paso de gadolinio y secuencias de realce tardío. Los pacientes con HV fueron clasificados en MCH (47 pacientes) e HVS (15 pacientes) en función de la historia clínica y las pruebas de imagen. Se compararon los controles sanos y los pacientes con HV y los pacientes con MCH e HVS.

**Resultados:** Los pacientes con HV presentaron una mayor masa ( $175 \pm 92$  frente a  $106 \pm 29$  g,  $p < 0,001$ ), fracción de eyección (70 frente a 64%,  $p < 0,001$ ) y espesor parietal máximo (19 frente a 10 mm,  $p < 0,001$ ) del ventrículo izquierdo y menores volúmenes diastólicos de ventrículo izquierdo ( $24 \pm 8$  frente a  $28 \pm 7$  mL/m<sup>2</sup>,  $p = 0,002$ ) y derecho ( $23 \pm 7$  frente a  $28 \pm 8$  mL/m<sup>2</sup>,  $p = 0,002$ ) que los sanos. Los parámetros de deformación circunferencial y longitudinal fueron más bajos en los enfermos con HV (Ecc:  $-8,5 \pm 6$  frente a  $-13 \pm 5\%$ , Ell:  $-9,8 \pm 5$  frente a  $-13 \pm 5\%$ ,  $p < 0,05$ ). Entre los pacientes con HV, aquellos con MCH presentaron mayor masa ( $188 \pm 99$  frente a  $133 \pm 48$  g,  $p = 0,016$ ) y espesor parietal (21 frente a 15 mm,  $p < 0,001$ ) que los casos de HVS. También presentaron más anomalías de la perfusión (16 frente a 0%,  $p = 0,007$ ), fibrosis miocárdica con mayor frecuencia (85 frente a 46%,  $p = 0,005$ ) y más extensa ( $34 \pm 49$  frente a  $1,4 \pm 1,7$  g,  $p < 0,001$ ). El *strain* longitudinal global fue menor en los pacientes con MCH (Ell:  $-8,9 \pm 6$  frente a  $-12,1 \pm 3\%$ ,  $p = 0,017$ ) y su valor no se relacionó con la presencia o no de fibrosis miocárdica ( $-9,4 \pm 5$  frente a  $-10,8 \pm 4\%$ ,  $p = 0,4$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con HV presentan una fracción de eyección mayor aunque con parámetros de *strain* longitudinal y circunferencial más bajos que los sanos. Los pacientes con MCH presentan ventrículos más gruesos y fibróticos que los pacientes con HVS. El *strain* longitudinal global es menor en pacientes con MCH y es independiente de la presencia de fibrosis miocárdica, por lo que podría ser un buen parámetro para diferenciar estas 2 entidades.