Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 170

Revista Española de Cardiología

7005-14. AUSENCIA DE ASOCIACIÓN PRONÓSTICA DE LA CUANTIFICACIÓN DEL REALCE TARDÍO CON GADOLINIO EN UNA COHORTE NO SELECCIONADA DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Eduardo Pozo Osinalde, Dafne Viliani, Maria José Olivera Serrano, Paloma Caballero Sánchez-Robles, Norma Aguirre Campos, Rosa Montes de Oca, Jesús Jiménez Borreguero y Fernando Alfonso Manterola del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La cuantificación de la fibrosis miocárdica mediante la medición del realce tardío con gadolinio (RTG) por resonancia magnética cardiaca (CRM) ha sido propuesta recientemente como un marcador pronóstico en pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH). El objetivo del presente estudio es valorar la asociación entre RTG y otros parámetros morfológicos, clínicos y pronósticos en una cohorte no seleccionada de pacientes con MCH.

Métodos: Se recogieron las variables clínicas, ecocardiográficas y de CRM de 54 pacientes consecutivos diagnosticados de MCH por CRM en nuestro hospital terciario. El RTG se cuantificó como valor absoluto (gramos) y como porcentaje de la masa ventricular izquierda total, utilizando una aplicación dedicada de nuestra estación de trabajo.

Resultados: Por CRM el grosor parietal máximo fue de 19,5 ± 4 mm, y la localización más frecuente de la hipertrofia fue el septo interventricular. La presencia de RTG fue frecuente (46%), pero su extensión relativamente limitada (masa RTG: mediana 1,5 g; RIQ 0,8-4,9, masa RTG/masa del VI: mediana 2,3%; RIQ: 1,3-5,2). La presencia de RTG se asoció con un mayor grosor parietal máximo (21,1 ± 3,9 frente a 18,2 ± 3,8 mm; p = 0,013), con un mayor grosor septal (18,7 ± 4,6 frente a 15 ± 4,7 mm; p = 0,01), con un índice de asimetría más elevado (1,89 ± 0,48 frente a 1,62 ± 0,44; p = 0,052), y con la presencia de hipertrofia multipared (77% frente a 46%; p = 0,028). Se encontró una correlación significativa entre el RTG y el espesor parietal máximo (r = 0,31; p = 0,036) y el espesor septal (r = 0,41; p = 0,004). Sin embargo, el RTG no se asoció con la aparición de eventos clínicos durante el seguimiento, ni con el *score* de riesgo de muerte súbita calculado con la nueva calculadora propuesta por la Sociedad Europea de Cardiología (*score* en pacientes con RTG: mediana 1,32; RIQ 0,85-2,12, *score* en pacientes sin RTG: mediana 1,95; RIQ 1,42-3,14; p = 0,097).

Correlación entre el porcentaje de realce tardío con gadolinio (LGE) y el grosor parietal máximo.

Conclusiones: La presencia de RTG en una cohorte no seleccionada de pacientes con MCH es frecuente, pero su extensión es relativamente limitada. La cantidad de RTG se asocia de forma significativa con la extensión de la hipertrofia, y con una distribución asimétrica. Sin embargo, en nuestro estudio, no se ha

demostrado una asociación significativa con variables clínicas de mal pronóstico ni con el riesgo de muerte súbita.