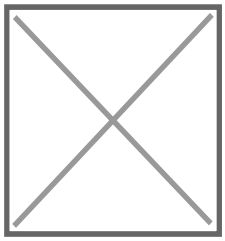
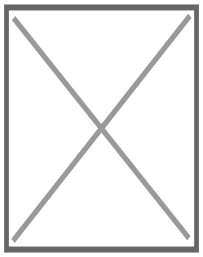
Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 35



Revista Española de Cardiología



7001-19. EL VOLUMEN EXTRACELULAR NO SE ASOCIA A ARRITMIAS MALIGNAS EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA DE ALTO RIESGO

Jesús G. Mirelis[1], Javier Sánchez-González[1], Esther González-López[2], María Gallego-Delgado[2], Esther Zorio[3], Javier Sanz[1], Pablo García-Pavía[2] y Borja Ibáñez[1] del [1]Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid, [2]Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, (Madrid) y [3]Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La estratificación del riesgo de muerte súbita (MS) en miocardiopatía hipertrófica (MCH) es interrogante clínico todavía no resuelto y existe la necesidad de nuevos parámetros para predecir la MS en estos sujetos. La fibrosis miocárdica intersticial es una seña de identidad de la MCH y ha sido propuesto como un sustrato para arritmias. La fibrosis miocárdica se asocia con un incremento del volumen extracelular (VEC) que puede ser cuantificado por resonancia magnética (RM) o tomografía computarizada (CT). El objetivo del estudio fue analizar la asociación entre VEC determinado por TC y la presencia de arritmias ventriculares en sujetos con MCH y desfibrilador automático implantable (DAI).

Métodos: Estudio observacional prospectivo casos y control realizado en pacientes con MCH y portadores de DAI. A los pacientes se les realizó un protocolo de TC con una infusión continua de contrate yodado durante 25 minutos para determinar el VEC en equilibrio (fig.). La hipótesis principal pre especificada fue comparar el VEC determinado por TC en el septo interventricular en sujetos caso (aquellos con DAI en prevención secundaria o DAI en prevención primaria con terapias adecuadas) frente a sujetos control (DAI en prevención primaria sin terapias durante el seguimiento).

Resultados: Un total de 78 sujetos con MCH y DAI fueron incluidos, 24 (30,8%) mujeres, edad media: 52,1 años (DE 15,6). La media (± DE) de VEC evaluada en el septo interventricular fue de 29,8% ± 6,3% en los casos frente a 31,9% ± 8,5% en los controles (n = 54); p = 0,282. La media de VEC en la pared lateral de de 24,5% ± 6,8% en casos frente a 28,2% ± 7,4% en los controles; p = 0,043 (tabla).

Dos imágenes de tomografía computarizada con ventana optimizada para destacar la atenuación entre miocardio y sangre. En las 2 imágenes la región de interés se posiciona en septo (círculo blanco) y en pool de sangre (círculo negro).

Resultados TC

	Población total (N = 78)	Casos (N = 24)	Controles (N = 54)	P casos frente a controles
	VEC y atenuación en septo interventricular			
VEC media, %	31,3 ± 7,9	29,8 ± 6,3	31,9 ± 8,5	0,282
Miocardio precontraste media (UH)	46,8 ± 5,9	47,7 ± 5,8	46,4 ± 5,9	0,370
Sangre precontraste media (UH)	43,9 ± 7,0	44,1 ± 6,7	43,9 ± 7,2	0,910
Miocardio 25 min media (HU)	73,0 ± 7,0	74,5 ± 6,6	72,3 ± 7,1	0,184
Sangre 25 media (UH)	87,8 ± 7,8	89,5 ± 9,0	87,1 ± 7,2	0,218
	VEC, pared lateral del ventrículo izquierdo			
VEC pared lateral media, %	27,1 ± 7,4	24,5 ± 6,8	28,2 ± 7,4	0,043
Los datos se expresan en media ± DE, VEC: volumen extracelular; UH: Unidades Hounsfield.				

Conclusiones: El VEC en sujetos con MCH y DAI con arritmias malignas no estaba incrementado comparado con aquellos sin arritmias malignas. Nuestros hallazgos no apoyan el uso de VEC (una variable subrogada de fibrosis difusa) como predictor de arritmias en sujetos con MCH de alto riesgo.