Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 98

Revista Española de Cardiología

5006-2. VALOR PRONÓSTICO DEL ESTUDIO DE LA FUNCIÓN AURICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA *TISSUE TRACKING*

Rocío Hinojar[1], Covadonga Fernández-Golfín[1], María Ángeles Fernández-Méndez[2], Amparo Esteban[2], María Plaza-Martín[1], Ariana González-Gómez[1], Luis Miguel Rincón[1] y José Luis Zamorano[1] del [1]Servicio de Cardiología y [2]Servicio de Radiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El tamaño de la aurícula izquierda (AI) tiene un papel importante en el pronóstico y la estratificación del riesgo de pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH). Recientemente, se ha desarrollado el análisis de deformación miocárdica con RMC utilizando el *software* de *tissue tracking* (RMC-TT). Nuestro objetivo fue: 1) evaluar el *strain* longitudinal de la AI (SL-AI) por RMC-TT y su relación con los parámetros de función AI por métodos volumétricos en pacientes con MCH; 2) determinar su asociación con eventos cardiovasculares adversos.

Métodos: 74 pacientes con HCM y 70 sujetos sanos fueron sometidos a un estudio convencional de RMC. El análisis por RMC-TT se realizó en las imágenes de cine SSFP en los 3 ejes longitudinales (CVI 42, Calgary, Canadá) y se analizó el SL-AI en todos los sujetos. Además se calculó la función AI en sus 3 fases funcionales: fase de reservorio, de conducto pasivo y de contracción activa (fracción de vaciamiento (FV) total, pasivo y activo respectivamente). Se definió un objetivo primario de mortalidad por todas las causas y un objetivo secundario de insuficiencia cardiaca (IC), arritmias ventriculares mortales o muerte cardiovascular.

Resultados: Los pacientes con MCH mostraron atenuación del SL-AI y de todos los parámetros volumétricos de función AI ($p < 0,001$) (tabla). El SL-AI mostró correlación moderada-alta con los valores de FV (total, activa y pasivo, $r = 0,68$, $r = 0,67$, $r = 0,31$, $p < 0,001$) y con parámetros de función diastólica (E/é), $r = 0,4$, $p < 0,001$). Tanto el SL-AI como el resto de parámetros de función AI se encontraban disminuidos en los pacientes que sufrieron eventos (primarios y secundarios, $p < 0,05$, tiempo medio de seguimiento 25,6 ± 9,4 meses) (figura). En el análisis multivariante, el SL-AI fue predictor del objetivo primario y secundario independientemente de la extensión de realce tardío y de la masa VI. Se demostró una alta reproducibilidad inter e intraobservador de los valores de SL-AI ($r = 0,96$ y $r = 0,93$, $p < 0,001$).

Gráficos Kaplan-Meier en pacientes con MCH.

Función auricular izquierda

	Controles (n = 70)	MCH (n = 74)	p
Método volumétrico			
Volumen AI máximo indexado, ml/m^2	44 ± 10	63 ± 20	< 0,001
Volumen AI mínimo indexado, ml/m^2	20 ± 6	41 ± 23	< 0,001
FV-AI total, %	55 ± 9	37 ± 15	< 0,001
FV-AI pasivo, %	25 ± 12	16 ± 11	0,001
FV-AI activo, %	41 ± 11	27 ± 11	< 0,001
RMC-TT			
SL-AI, %	30 ± 6	17 ± 8	< 0,001
Desplazamiento longitudinal, mm	-3,3 ± 1,2	-2,5 ± 1	< 0,001

FV: fracción de vaciamiento, SL-AI: *strain* longitudinal de la aurícula izquierda.

Conclusiones: El estudio de la función AI por RMC-TT es factible y reproducible y lo que es más importante, posee valor pronóstico independiente en los pacientes con MCH. Un estudio completo por RMC el estudio del SL-AI parece prometedor en este escenario.