Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 984

Revista Española de Cardiología

6051-451. PREDICTORES DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA EMPLEANDO RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA

María Teresa Nogales Romo[1], Alberto Cecconi[1], María José Olivera Serrano[2], Paloma Caballero[2], Susana Hernández[2], Antonio Rojas[1], Guillermo Diego[1], Lourdes Domínguez[1], Amparo Benedicto[1], Luis Jesús Jiménez Borreguero[1] y Fernando Alfonso[1], del [1] Servicio de Cardiología y [2]Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La resonancia magnética cardiaca (RMC) se considera la técnica de elección para la medición de las cavidades cardiacas y la cuantificación de la masa miocárdica, lo que la hace especialmente útil en el estudio de la miocardiopatía hipertrófica (MCH). Actualmente no están bien definidos los predictores de MCH obstructiva (MCHO) utilizando esta técnica de imagen. Nuestro objetivo fue describir predictores de obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) en MCH empleando RMC.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva 165 pacientes con MCH evaluados con RMC en nuestro centro entre enero de 2006 y octubre de 2017. De estos pacientes se seleccionaron para este estudio aquellos de los que disponíamos de la medida del gradiente del TSVI mediante ecocardiograma transtorácico. Se definió la presencia de obstrucción del TSVI cuando el gradiente era mayor de 30 mmHg, de acuerdo con las principales guías internacionales.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes con una mediana edad de 63 [50-73] años. Los resultados se muestran en la tabla. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue mayor en el grupo con MCHO (p 0,001) mientras que el volumen telesistólico indexado del ventrículo izquierdo fue significativamente menor (p = 0,0012). El grosor del tabique interventricular y la ratio del grosor del tabique interventricular/pared posterior del ventrículo izquierdo también fueron significativamente mayores en el grupo con enfermedad obstructiva (p 0,001 y p = 0,0022, respectivamente). No se objetivaron diferencias entre ambos grupos en la masa ventricular izquierda ni en la presencia de fibrosis miocárdica. En el análisis multivariante solo el volumen telesistólico indexado del ventrículo izquierdo permaneció como predictor de MCHO (OR 1,7 [1,2-2,6], p = 0,006, para cada descenso de 5 ml/m^2).

	MCH obstructiva	MCH no obstructiva	p
	n = 44 (28,8%)	n = 109 (71,2%)	
Grosor del tabique interventricular (mm)	18 [16-20]	16 [13,5-18,5]	0,001

Ratio del grosor del tabique interventricular/pared posterior del VI (mm)	1,9 [1,6-2,3]	1,6 [1,3-2]	= 0,0022
Grosor máximo del VI (mm)	19 [17-22]	19 [17-21]	NS
Volumen telediastólico indexado del VI (ml/m^2)	59 [53-67]	56 [48-63]	NS
Volumen telesistólico indexado del VI (ml/m^2)	13 [10-14]	16 [12-21]	= 0,0012
Fracción de eyección del VI (%)	79 [76-81]	72 [65-77]	0,001
Masa indexada del VI (g/m^2)	58 [47-71]	54 [43-67]	NS
Distribución helicoidal de la hipertrofia, n (%)	29 (65,9)	56 (51,4)	NS
Realce tardío de gadolinio, n (%)	23 (57,5)	59 (60,2)	NS

Conclusiones: En nuestro estudio, el volumen telesistólico indexado del ventrículo izquierdo fue el principal predictor de MCHO con RMC. En esta enfermedad, la presencia de volúmenes telesistólicos del ventrículo izquierdo menores y una distribución asimétrica de la hipertrofia con grosores mayores del tabique interventricular contribuyen notablemente a la presencia de obstrucción significativa.