



7. VALORACIÓN DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA

Alfonso Padilla Escámez¹, Juan Román Parejo², María José Romero Reyes¹, Virginia Pérez Ramírez¹ y Francisco Javier Molano Casimiro¹

¹Cardiología. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España y ²Radiología. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Actualmente sabemos que en pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH) la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (OTSVI) no depende del grado de hipertrofia ventricular. El estudio de estos pacientes mediante ecografía transtorácica y transesofágica es fundamental para establecer el mecanismo de la obstrucción. Sin embargo, el papel de la resonancia magnética cardiaca (RMC) en este contexto es menos conocido. Nuestro objetivo fue analizar los predictores de OTSVI mediante RMC en una cohorte de pacientes con MCH.

Métodos: Estudio observacional en el que incluimos a pacientes diagnosticados de MCH a través de RMC entre enero 2017 y octubre de 2022. El estudio se realizó mediante secuencias de sangre negra, cine SSFP, secuencias de primer paso y realce tardío de gadolinio (RTG).

Resultados: Incluimos a 81 pacientes diagnosticados de MCH mediante RMC. El 68% de la muestra estaba compuesta por varones con una edad media de 58 años. Las características basales de la muestra se describen en la tabla. En el 93,8% de los casos, la hipertrofia tenía una distribución asimétrica, siendo la MCH asimétrica septal la más frecuente (81,5%) seguida de la apical (12,3%). Los segmentos más afectados o con mayor hipertrofia fueron el anteroseptal basal (32,1%) seguido del inferoseptal medio (21%). El 66,7% de los pacientes presentaban RTG, de los cuales el 11,1% presentaron fibrosis extensa. En el 34,6% de los casos la MCH fue obstructiva. Los predictores de OTSVI fueron la presencia de anomalías en los músculos papilares (39,3 vs 11,3%; OR 5,0; IC95% 1,6-15,8; p 0,003), la presencia de criptas (28,6 vs 7,7%; p 0,013), máxima hipertrofia en el segmento anteroseptal basal (46,4, vs 24,5%; OR 2,6; IC95% 1,0- 7,0; p 0,045), el grosor máximo miocárdico medido por CRM (20,4 vs 18,3; p 0,033), el VTSVI indexado (16,8 vs 23,1; p 0,035), la masa miocárdica indexada (99,5 vs 77,1; p 0,003) y la FEVI (77,0 vs 69,0; p 0,001). La presencia de RTG no fue un predictor de OTSVI (19 pacientes, 67,8 vs 35 p, 66,0%).

Variable	MCHO	MCHNO	p
Antecedentes familiares	7 (25%)	10 (19,2%)	NS

Sexo (varón)	17 (60,7%)	38 (73,1%)	NS
Edad	56 ± 15	59 ± 15	NS
Hipertensión arterial	13 (46,4%)	30 (57,7%)	NS
Diabetes mellitus	7 (25%)	11 (21,2%)	NS
Deportista	1 (3,6%)	6 (11,5%)	NS
Estenosis aórtica	2 (7,1%)	5 (9,6%)	NS
Estenosis aórtica grave	0	3 (5,8%)	NS
IR	1 (3,6%)	5 (9,6%)	NS
HVI concéntrica	1 (3,6%)	1 (1,9%)	NS
SAM	14 (50%)	2 (3,8%)	0,001
Cripta	8 (28,6%)	4 (7,7%)	0,013
Anomalías papilares	11 (39,3%)	6 (11,3%)	0,003
Fibrosis	19 (67,9%)	34 (65,4%)	NS
Grosor máximo	20,4 ± 4	18,3 ± 4	0,033
VTDVI indexado	69,7 ± 24,5	73,6 ± 18,2	NS
VTSVI indexado	16,8 ± 12,6	23,1 ± 11,7	0,035
Masa indexada	99,5 ± 42,5	77,1 ± 23,5	0,003
FEVI	77 ± 10	69 ± 10	0,001

MCHO: miocardiopatía hipertrófica obstructiva; MCHNO: miocardiopatía hipertrófica no obstructiva; IR: insuficiencia renal; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; SAM: movimiento sistólico anterior mitral; VTDVI: volumen telediastólico del ventrículo izquierdo; VTSVI: volumen telesistólico del ventrículo izquierdo; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: La RMC permite identificar las anomalías tanto a nivel del aparato valvular mitral como del ventrículo izquierdo, que contribuyen a la OTSVI. Por lo que la RMC se debe considerar como una técnica complementaria al ecocardiograma para plantear el tratamiento de los pacientes con MCH obstructiva.