



6039-536. ¿PODEMOS PREDECIR LA EXPRESIÓN FENOTÍPICA DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA VALORADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA A PARTIR DE CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR?

Rosa Montes de Oca Martínez¹, Norma Aguirre Campos¹, Víctor Martínez Dosantos¹, Daniel Rodríguez Alcudia¹, María José Olivera², Eduardo Pozo Osinalde¹, Fernando Alfonso Manterola¹ y Jesús Jiménez Borreguero¹ del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Radiología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: La cardiorresonancia magnética (CRM) constituye un test fundamental en la evaluación morfológica de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH). Nuestro objetivo es evaluar la incidencia de alteraciones en ECG en relación con el fenotipo de MCH evaluado mediante CRM.

Métodos: Los pacientes remitidos a CRM en nuestra institución con el diagnóstico final de MCH se analizaron de forma retrospectiva. Se recogieron datos de distribución de hipertrofia de VI (HVI) en CRM y de los ECG disponibles.

Resultados: 69 pacientes fueron incluidos en el estudio, 34 (49%) varones con edad media 62 ± 15 años. El espesor máximo fue de $19,4 \pm 5,3$ mm y 5 pacientes (6%) presentaron un grosor > 30 mm. La hipertrofia se localizó más frecuentemente en el septo interventricular (49, 71%) seguido de la cara anterior (27, 39%) y el ápex (12, 17%). La media de segmentos afectados fue $1,5 \pm 0,7$ y 41 (59%) presentaron un patrón de hipertrofia helicoidal. El ECG resultó normal solo en 6 (9%) siendo las alteraciones más frecuentes: HVI (36, 52%), T – en V4-V6 (28, 41%), sobrecarga de VI (11, 16%) y T prominentes (7, 10%). Existe una tendencia a mayor presencia de ondas T negativas en V4-V6 en hipertrofia apical (67% vs 36%; $p = 0,061$). La prevalencia de HVI según criterios en ECG fue: Sokolow (4/45, 9%), Cornell (7/45, 16%), raVL (10/45, 22%), Romhilt-Estes (31/45, 69%), Lewis (12/45, 27%) y Gubner (8/45, 18%). La distribución de los criterios en función de grosor máximo, hipertrofia monosegmento y distribución helicoidal se presenta en la tabla.

Asociación de los diferentes criterios ECG de HVI con el fenotipo de MCH mediante CRM						
	Sokolow	Cornell	raVL	Romhilt-Estes	Lewis	Gubner
Grosor máximo	$20,3 \pm 1,3$ vs $19,9 \pm 6,3$; $p = 0,91$	$20,6 \pm 3,8$ vs $19,4 \pm 6,3$; $p = 0,21$	$19,4 \pm 2,9$ vs $20,1 \pm 6,8$; $p = 0,77$	$20,5 \pm 6,7$ vs $18,6 \pm 4,1$; $p = 0,37$	$20,9 \pm 4,1$ vs $19,5 \pm 6,7$; $p = 0,51$	$21,5 \pm 1,8$ vs $19,6 \pm 6,6$; $p = 0,42$

Grosor > 20 mm	11% vs 7%; p = 0,70	28% vs 7%; p = 0,065	22% vs 22%; p = 0,70	72% vs 67%; p = 0,69	39% vs 19%; p = 0,18	33% vs 7%; p = 0,045
Grosor > 30 mm	0% vs 10%; p = 1	25% vs 15%; p = 0,59	0% vs 24%; p = 0,56	100% vs 66%; p = 0,29	25% vs 27%; p = 1	0% vs 20%; p = 1
Hipertrofia monosegmento	4% vs 16%; p = 0,16	19% vs 11%; p = 0,68	19% vs 26%; p = 0,72	81% vs 53%; p = 0,044	31% vs 21%; p = 0,47	19% vs 16%; p = 1
Distribución helicoidal	15% vs 0%; p = 0,13	19% vs 11%; p = 0,68	31% vs 11%; p = 0,15	73% vs 63%; p = 0,48	35% vs 16%; p = 0,16	23% vs 11%; p = 0,44

Conclusiones: A pesar de que la presencia de alteraciones en el ECG fue frecuente entre los pacientes diagnosticados de MCH mediante CRM la prevalencia de criterios de HVI en ECG fue baja y no presentaron correlación con el grosor máximo o la extensión de la hipertrofia. El método de Romhilt-Estes presentó la mayor sensibilidad y siendo incluso mayor su capacidad diagnóstica en presencia de afectación de un segmento aislado. Por este motivo consideramos que este método podría ser el de elección en el cribado poblacional de MCH.