



6039-525. EL VOLUMEN AURICULAR DETERMINADO POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA PREDICE FIBRILACIÓN AURICULAR Y EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN RITMO SINUSAL

Isabel Zegrí Reiriz¹, Cristina Méndez Díaz², María José Sánchez Galián², Vicente Climent Payá³, Tomás Ripoll Vera³, Lorenzo Monserrat Iglesias², Juan Ramón Gimeno Blanes² y Pablo García Pavía¹ del ¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña/Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia y ³Hospital Universitario General de Alicante/Hospital Universitario Son Llàtzer, Mallorca.

Resumen

Introducción: El volumen auricular determinado por ecocardiograma se asocia a la presencia de fibrilación auricular (FA) y eventos adversos (EA) en cohortes de sujetos con miocardiopatía hipertrófica (MCH) que incluyen pacientes con FA. Pretendemos estudiar si el volumen auricular (LAV) determinado por RMC predice la aparición de FA y EA en sujetos con MCH que están en ritmo sinusal (RS).

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes con MCH de 5 centros durante el periodo 2006-2012. Los hallazgos de RMC fueron analizados en relación a la aparición de FA o EA (IC que requiere hospitalización, descarga apropiada de DAI, MS recuperada y muerte cardiovascular).

Resultados: Estudiamos 352 pacientes ($50,7 \pm 16$ años, 70% varones, 58% NYHA I, FEVI $69 \pm 11\%$, grosor máximo 19 ± 5 mm, 30% con obstrucción del TSVI). Durante un seguimiento de 41 ± 24 meses, 40 pacientes (11%) desarrollaron FA y 30 pacientes (9%) desarrollaron 34 EA (22 ingresos por IC, 5 descargas de DAI, 3 MS recuperada y 4 muertes cardiovasculares). En la RMC el LAV medio fue de $96 \pm 33,8$ cm³ y el volumen auricular indexado por superficie corporal (LAV ind) medio fue de $51,6 \pm 18,7$ cm³/m². Tras la administración de Gd, el 33% de los pacientes presentó fibrosis y el 20% fibrosis extensa (? 3 segmentos). El LAV y LAV ind fueron mayores en aquellos pacientes que desarrollaron FA vs aquellos que permanecieron en RS (LAV $113,5 \pm 51$ vs $93,9 \pm 30,4$ cm³ y LAV ind $61,4 \pm 27,3$ vs $50,4 \pm 17$ cm³/m², ambos p 0,01) así como en los sujetos que desarrollaron EA (LAV $125,4 \pm 47$ vs $93,2 \pm 30$ cm³, y $68,5 \pm 30$ vs $49,9 \pm 16$ cm³/m², ambos p 0,01). Un LAV $> 96,4$ cm³ y un LAV ind $> 57,79$ cm³/m² predijeron la aparición de EA (Sens 71%, Esp 66% y Sens 59% y Esp 76%, respectivamente). Tras dividir la cohorte por cuartiles según LAV la incidencia de aparición de FA en cada grupo fue del 5, 9, 11 y 17% respectivamente. El Valor de LAV para pasar del tercer a cuarto cuartil fue 109,5 cm³.

Conclusiones: El LAV/LAV ind determinado por la RMC predicen el desarrollo de FA y EA en los pacientes con MCH en RS. Un número significativo de los pacientes MCH en RS desarrolla FA en el seguimiento cuando presentan LAV $> 109,5$ cm³.