Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 2

Revista Española de Cardiología

5002-2. LA PRESENCIA DE DETERMINADO TAMAÑO DE ONDA T NEGATIVA EN LAS DERIVACIONES III, AVL Y V2 PERMITE DIFERENCIAR ENTRE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

Hans Paul Gaebelt Slocker y Jerónimo Farré de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las ondas T negativas se integran habitualmente en el diagnóstico de la miocardiopatía hipertrófica (MCH), no hay estudios previos que señalen puntos de corte específicos respecto a la profundidad de las ondas T negativas que permitan diferenciar entre MCH e hipertrofia ventricular izquierda (HVI). El objetivo de este estudio fue hallar puntos de corte que permitan el diagnóstico diferencial entre la MCH y la HVI.

Métodos: Se obtuvieron 2 poblaciones, un grupo diagnosticado de MCH y otra de HVI. Los criterios para definir MCH fueron la presencia de grosor de ventrículo izquierdo (VI) ? 15 mm o ? 13 mm si existía un familiar de primer grado diagnosticado de MCH. La HVI se definió como un espesor de VI > 11-15 mm o > 11-13 mm (si familiar de primer grado afecto por MCH). La medición del grosor del VI se realizó mediante ecocardiograma o resonancia magnética. La onda T en el ECG se midió utilizando un *software* específico (Tracemastervue, Philips) sobre un ECG estándar. Tras hallar los puntos de corte, se realizó un modelo multivariable de regresión logística donde se consideraron las derivaciones agrupadas según los puntos de corte hallados y estadísticamente significativos.

Resultados: Se identifican 87 pacientes en el grupo de MCH y 108 en HVI. No hubo diferencias significativas respecto al sexo, edad o presencia de lesiones coronarias graves. El grupo con MCH mostró mayor prevalencia de presencia de un familiar de primer grado afecto por la MCH (p = 0,043); por otro lado, en el grupo de HVI se observó una mayor prevalencia de HTA (p = 0,016). Se hallaron determinados puntos de corte para onda T negativa estadísticamente significativos en todas las derivaciones, que se asociaron a una mayor probabilidad de padecer MCH frente a HVI, mostrando una correlación estadísticamente significativa para diferenciar entre ambas patologías. Posteriormente se establece un modelo multivariable de regresión logística donde se establecen los puntos de corte específicos que permiten la diferenciación entre ambos grupos, mediante curva ROC = 0,75 (IC95%: 0,68-0,81).

Curva ROC.

Asociaciones con profundidad de T negativa según puntos de corte y modelo multivariable aplicado				
Derivación	OR	(IC95%)	Coef.	Valor p
I (> 0,65)	2,92	(1,56-5,61)		0,001
II (> 0,25)	3,28	(1,45-7,99)		0,004
III (> 1,10)	10,2	(2,73-66,0)		0,001
AVL (> 0,9)	4,50	(2,40-8,70)		0,001
AVF (> 0,45)	3,95	(1,44-12,7)		0,007
V2 (> 0,80)	9,13	(2,95-40,0)		0,001
V3 (> 1,10)	2,74	(1,22-6,48)		0,014
V4 (> 1,10)	3,80	(1,83-8,29)		0,001
V5 (> 1,25)	3,65	(1,79-7,80)		0,001
V6 (> 1,10)	3,36	(1,66-7,04)		0,001
III (1,1)	15,8	(4,05-105)	2,76	0,001
AVL (0,9)	4,40	(2,19-9,04)	1,48	0,001
V2 (> 0,8)	4,52	(1,32-21,0)	1,51	0,015

Conclusiones: La presencia de una onda T negativa de 1,1 mm en III, 0,9 en Avl o > 0,8 mm en V2 permite diferenciar entre la MCH y la HVI en el electrocardiograma basal en la población estudiada.