



6024-241. UTILIDAD DEL *STRAIN* AURICULAR EN LA VALORACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Irene Esteve Ruiz, Helena Llamas Gómez, María José Romero Reyes, Cristina Navarro Valverde, Dolores García Medina, Ricardo Pavón Jiménez y Francisco Javier Molano Casimiro, del Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: En pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH) es crucial la estratificación del riesgo de desarrollar fibrilación auricular (FA) dada su asociación con una mayor morbilidad y mortalidad. Se ha relacionado el aumento del diámetro de la aurícula izquierda (AI) con un mayor riesgo de desarrollar FA. Nuestro objetivo es determinar si la fracción de eyección de la AI (FEAI) y el *strain* auricular se relacionan con la FA.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que hemos incluido aquellos pacientes diagnosticados de MCH a los que se le realizó una ecocardiografía en nuestro centro entre 2018 y 2019. Hemos realizado la FEAI mediante el método Simpson biplano y el *strain* auricular mediante 2D *speckle-tracking*.

Resultados: Se incluyeron un total de 60 pacientes en nuestra cohorte, con edad media 62 ± 16 años, siendo el 53% varones. De ellos, el 28,3% habían presentado FA durante el seguimiento. Como podemos ver en la tabla, ambos grupos eran similares en cuanto las principales características basales, diferenciándose en las manifestaciones clínicas únicamente en un mayor porcentaje de pacientes sintomáticos (NYHA mayor o igual a 2) en los pacientes con FA. Respecto a los hallazgos ecocardiográficos, no hubo diferencias en cuanto al diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo (VI), el grosor máximo de la hipertrofia ventricular, la presencia de valvulopatías significativas o la fracción de eyección del VI. En cambio, sí encontramos diferencias estadísticamente significativas en el diámetro de la AI, el volumen biplano de la AI, la FEAI y el *strain* auricular entre los pacientes con y sin FA. Por último, con el objetivo de establecer cuál de los 4 parámetros de la AI se relacionaban en mayor medida con la presencia de FA, realizamos un análisis multivariante mediante regresión logística. La presencia de un *strain* auricular inferior al 21% fue el único predictor independiente de FA en nuestra población, con una *odds ratio* de 8,4 (IC95% 1,5-45,9).

Principales diferencias entre los pacientes con y sin FA

	MCH sin FA (n = 43)	MCH con FA (n = 17)	p
Características basales			
Edad	60 ± 16	65 ± 14	0,257

Varón	23 (53,5%)	9 (52,9%)	0,969	
Hipertensión	21 (48,8%)	11 (64,7%)	0,267	
Diabetes mellitus	10 (23,3%)	3 (17,6%)	0,740	
Dislipemia	17 (39,5%)	8 (47,1%)	0,594	
Tabaquismo	13 (30,2%)	2 (11,8%)	0,192	
Cardiopatía isquémica	6 (14,0%)	3 (17,6%)	0,718	
Manifestaciones clínicas	Síncope	3 (7,0%)	3 (17,6%)	0,214
	NYHA ? 2	13 (30,2%)	12 (70,6%)	0,004
	DTDVI	43 ± 7	43 ± 7	0,809
	Máxima hipertrofia ventricular	21 ± 5	23 ± 7	0,388
	FEVI	68 ± 9	63 ± 6	0,078
Hallazgos ecocardiográficos	Valvulopatías	18 (41,9%)	12 (70,6%)	0,085
	Diámetro AI	43 ± 7	50 ± 7	0,001
	Volumen biplano AI	92 ± 40	130 ± 41	0,003
	FEAI	48 ± 12	35 ± 11	0,001
	Strain auricular	29,5 ± 11,4	13,7 ± 7,5	0,001

FA: fibrilación auricular; MCH: miocardiopatía hipertrófica; NYHA: *New York Heart Association*; DTDVI: diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; AI: aurícula izquierda.

Conclusiones: Tanto el diámetro y volumen de la AI como la FEAI y el *strain* auricular se relacionan de forma estadísticamente significativa con la presencia de FA en los pacientes diagnosticados de MCH. Un *strain* auricular inferior al 21% se relaciona de forma independiente con la presencia de fibrilación auricular, pudiendo ser este un parámetro idóneo para la estratificación del riesgo de FA en los pacientes con MCH.