Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 838

Revista Española de Cardiología

6049-396. ESTUDIO Y CARACTERIZACIÓN DE LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA MEDIANTE RESONANCIA CARDIACA

Consuelo Olivo Rodríguez, María José Romero Reyes, Juan Román Parejo, María Vázquez Morón y Francisco Javier Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es un hallazgo frecuente en los laboratorios de imagen que puede ser causada por distintas condiciones y patologías. Su diagnóstico es clave debido a que, cada una de ellas tiene diferentes implicaciones en la práctica clínica. En ocasiones la ecocardiografía resulta insuficiente para llegar al diagnóstico. En estos casos la resonancia magnética cardiaca (RMC) puede ser de gran utilidad. El objetivo del presente estudio fue analizar la utilidad de la RMC en aquellos pacientes con HVI en los que la ecocardiografía resultó insuficiente para aclarar el diagnóstico.

Métodos: Estudio descriptivo, analítico y unicéntrico en el que incluimos a aquellos pacientes a los que se le realizó una RMC para estudio de la HVI entre enero de 2017 y abril de 2020. Se utilizó un equipo de 1,5 Tesla. El protocolo estándar aplicado consistió secuencias de sangre negra, cine SSFP, secuencias de primer paso y realce tardío con gadolinio.

Resultados: Se incluyeron a 92 pacientes. El diagnóstico más frecuente por RMC fue la miocardiopatía hipertrófica (MCH) en el 50% de los casos, seguida de cardiopatía hipertensiva en el15% (fig.). En 19 pacientes, la RMC descartó la presencia de HVI. Tan solo en 2 pacientes la RMC no ayudó al diagnóstico. En los pacientes con MCH, los segmentos con máxima hipertrofia fueron los anteroseptales (33,4%), seguidos de los inferoseptales (17,6%). La distribución más frecuente de la MCH fue la septal (38 pacientes, 76,0%) y en 7 pacientes (14%) se diagnosticó una MHC apical. Los datos de la RMC que ayudaron a establecer el diagnóstico de MCH fueron el grosor miocárdico, la distribución asimétrica de la hipertrofia (92,1%, p 0,001), la presencia de fibrosis (67,3%, p 0,001), anomalías en los músculos papilares (22,4%, p 0,032), aceleración del flujo en TSVI (26,0%, p 0,018) y el movimiento sistólico anterior anormal de la valva anterior mitral (18,0%, p 0,04). La presencia de aceleración del flujo en el TSVI fue más frecuente en aquellos pacientes con fibrosis miocárdica (71,4%, p 0,036) y anomalías en los músculos papilares (54,5%, p 0,016).

Características de la muestra en función del diagnóstico final de MCH u otras causas de HVI

	MCH (n = 50)	Otras causas de HVI (n = 42)

Sexo (varón)	28 (66,7%)	35 (70,0%)
Edad (años)	57 ± 16	55 ± 14
Antecedentes familiares de MCH	8 (16,0%)	7 (16,7%)
HTA	25 (50,0%)	21 (50,0%)
Diabetes mellitus	8 (16,0%)	6 (14,3%)
Insuficiencia renal	6 (1,0%)	8 (19,5%)
Estenosis aórtica	1 (2,0%)	5 (11,9%)
Deportista	5 (10,0%)	5 (11,9%)
Grosor miocárdico por ETT (mm)	18,4 ± 3,4	14,2 ± 3,6
Grosor miocárdico por RMC (mm)	18,5 ± 3,6	12,6 ± 3,7
Distribución simétrica de la HVI	46 (92,0%)	26 (61,9%)
Criptas intramiocárdicas	6 (12,0%)	1 (2,4%)
Anomalías músculos papilares	11 (22,4%)	2 (4,9%)
Aceleración de flujo en TSVI	13 (26,0%)	1 (2,4%)
SAM	9 (18,0%)	0 (0,0%)
Fibrosis miocárdica	33 (67,3%)	5 (12,2%)

ETT: ecocardiograma; RM: resonancia magnética cardíaca; TSVI: tracto de salida del ventrículo izquierdo; SAM: movimiento sistólico anterior anormal de la valva anterior mitral.

Diagnóstico final por RMC.

Conclusiones: La RMC es una técnica útil para diferenciar la MCH de otras causas de HVI cuando la ecocardiografía resuelta insuficiente. La presencia de fibrosis junto con otras características morfológicas resulta de gran utilidad en el diagnóstico diferencial.