



5014-7. STRAIN GLOBAL LONGITUDINAL MEDIANTE FEATURE TRACKING CON RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

Iván Sánchez Sánchez¹, Fabián Islas Ramírez², Pablo Zulet Fraile¹, María Vidal¹, Paula Hernández Mateo¹, Eduardo Pozo Osinalde¹, Sandra Gil Abizanda¹, Marcos Ferrández Escarabajal¹, María Alejandra Restrepo Córdoba¹, Verónica Poveda¹, Claudia Dávila¹, José Alberto de Agustín Loeches¹, Ana Bustos García de Castro¹ y Carmen Olmos Blanco¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y ²Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (Toledo), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La deformación miocárdica por resonancia magnética cardiaca (RMC) puede aportar información pronóstica en diferentes escenarios clínicos. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación del *strain* global longitudinal (SGL) mediante *feature tracking* con la incidencia de eventos clínicos en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MCD).

Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico de MCD entre 2014 y 2021 a los que se les realizó una RMC entre 2016 y 2021. Se calculó el SGL del ventrículo izquierdo con secuencias convencionales de SSFP mediante análisis de *feature tracking*. Se evaluó el evento combinado de muerte por cualquier causa u hospitalización por insuficiencia cardiaca (IC).

Resultados: Se analizaron 140 pacientes, con una edad media de 61,6 (14) años y de los cuales 49 (35%) eran mujeres. 101 pacientes (72%) tuvieron IC como la presentación clínica inicial de la cardiopatía. La media de FEVI fue de 28,5% (10) y 79 pacientes (57%) tenían algún tipo de realce tardío de gadolinio (RTG). Durante el seguimiento, el evento combinado ocurrió en 56 pacientes (40%). El SGL se asoció de forma significativa con el evento combinado, así como con la mortalidad por cualquier causa (tabla). En un análisis de regresión logística multivariable, la diabetes (OR 2,72 [IC95% 1,16-6,38]; p = 0,021), el volumen telesistólico indexado (OR 1,01 [IC95% 1,01-1,02]; p = 0,031) y el SGL del VI (OR 1,13 [IC95% 1,01-1,28]; p = 0,040) fueron las únicas variables que se asociaron de forma independiente con el riesgo de muerte u hospitalización por IC. El punto de corte para el SGL del VI con mayor sensibilidad (50%) y especificidad (70%) fue -7,3%, OR 2,28 (IC95%: 1,12-4,60): p = 0,022 (figura).

Asociación
entre variables
de RMN y el
desarrollo de
eventos clínicos

	Hospitalización por IC	Muerte	Muerte u hospitalización por IC

FEVI	OR 0,97 (0,93 -1,00), p = 0,076	OR 0,97 (0,93 -1,02), p = 0,213	OR 0,96 (0,92-0,99), p = 0,018
Volumen telediastólico VI indexado	OR 1,01 (1,00-1,02), p = 0,007	OR 1,00 (1,00- 1,02), p = 0,246	OR 1,01 (1,00-1,02), p = 0,015
Volumen telesistólico VI indexado	OR 1,01 (1,00-1,02), p = 0,007	OR 1,00, (1,00-1,02), p = 0,174	OR 1,01 (1,00- 1,02), p = 0,046
SGL del VI	OR 1,11 (1,00-1,24), p = 0,055	OR 1,18 (1,03-1,35), p = 0,021	OR 1,16 (1,04-1,29), p = 0,007
Presencia de realce tardío de gadolinio	OR 1,68 (0,81-3,50), p = 0,162	2,40 (0,93 -6,15) p = 0,069	2,05 (1,01-4,16), p = 0,046

IC:
 insuficiencia
 cardiaca; FEVI:
 fracción de
 eyección del
 ventrículo
 izquierdo; VI:
 ventrículo
 izquierdo; SGL:
 strain global
 longitudinal.



Relación entre el SGL determinado por RMN y el desarrollo del evento combinado de muerte y hospitalización por IC.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con MCD, el SGL por RMC se asoció de forma significativa, independientemente de otras variables pronósticas como FEVI o RT, con la incidencia de muerte u hospitalización por IC. Los pacientes con SGL > -7,3% tuvieron dos veces más riesgo de presentar un evento clínico.