Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 404

Revista Española de Cardiología

5016-4. LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CUANTIFICADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA SE CORRELACIONA CON EL GRADO DE DILATACIÓN, DISFUNCIÓN VENTRICULAR Y PRESENCIA DE REALCE TARDÍO EN LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

Albert Teis Soley[1], Martín Luis Descalzo Buey[2], Sonia Gómez Revelles[3], Ana Carolina Vergara Budding[4], Francesc Carreras Costa[4] y Guillermo Pons Lladó[4]

[1]Instituto del Corazón. Departamento de Cardiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España,[2] Departamento de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España,[3]Departamento de Cardiología. Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Terrassa (Barcelona), España y [4]Departamento de Cardiología. Clínica Creu Blanca, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrosis focal en forma de realce tardío (RT) tiene valor pronóstico en la miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI), aunque su causa no ha sido aclarada. Una alteración en la perfusión tisular miocárdica podría hallarse en su origen. La resonancia magnética cardiaca (CRM) con estudio de perfusión cuantitativa (PC) es una nueva técnica de imagen no invasiva que permite el estudio del RT y la perfusión en valores absolutos. Objetivo: evaluar la perfusión miocárdica cuantitativa en la MCDNI, así como su correlación con la presencia de RT.

Métodos: Los pacientes con el diagnóstico por imagen de MCDNI (dilatación ventricular, FEVI 50%, sin RT isquémico y sin defectos visuales de perfusión) y con estudio de CMR-PC de estrés entre octubre-2021 y marzo-2024, fueron retrospectivamente evaluados. El estudio de PC incluyó el flujo sanguíneo miocárdico en reposo (rFSM), en estrés (eFSM) y la tasa de perfusión miocárdica (TPM). Se analizó la correlación entre los valores de PC con los volúmenes, función ventricular (FEVI), presencia y extensión de RT.

Resultados: De 177 pacientes estudiados, se excluyeron 22 (12%) por examen de CRM inadecuado. De los 155 restantes, la mayoría fueron hombres (74%) de mediana edad (63,9 ± 11,7 años), con un bajo porcentaje de hipertensión (26,5%), diabetes (10,3%), dislipemia (16,1%) o hábito tabáquico (13%). La principal indicación de la CMR-PC fue valorar la causa de la disfunción VI (77%). La media del volumen telediastólico indexado (iVTDVI), FEVI y masa ventricular indexada (iMVI) fue de 125,7 ± 32,6 ml/m^2, 33,9 ± 10,1% y 84,8 22,6 g/m^2, respectivamente. Se identificó RT en el 48,4%, con una extensión media de 1,47 segmentos y distribución mesocárdica (95%). El rFSM, eFSM y TPM medios fueron de 0,8 ± 0,28 ml/g/min, 1,97 ± 0,64 ml/g/min y 2,57 ± 0,78, respectivamente. Los pacientes con RT presentaron un rFSM y eFSM más bajo comparado con los pacientes sin RT (0,75 vs 0,85 y 1,8 vs 2,1, respectivamente, p 0,03). El eFSM se correlacionó de forma significativa con iVTDVI (R = -0,177), FEVI (R = 0,216), iMVI (R = -0,222) y grado de extensión de RT (R = -0,159).

Diferencias en la eFSM en pacientes con MCDNI según presencia de realce tardío.

Conclusiones: Los pacientes con MCDNI y RT presentan rFSM y eFSM más bajos que los pacientes sin RT. El eFSM se correlaciona de forma significativa con iVTDVI, FEVI, iMVI y extensión de RT en MCDNI.