

Rodete septal basal como fenocopia de miocardiopatía hipertrófica: propuesta de abordaje diagnóstico diferencial multimodal

María Panelo(1), Diana García-del-Barco Herrera(2), Yoel Tuya-Acosta(3), E. Javier Alderete-Parisi(1), Faustino Miranda Guardiola(4), José Vicente Monmeneu Menadas(5), Pilar García González(5), Ana Carolina Dugoni(5), Laura Higueras Ortega(1), Mª Pilar López Lereu(5), Gonzalo Javier Prado(5), María Rubini(5), Laura Pinilla(6), Daniela Tovar(6) y Alicia M. Maceira González(5) de (1)Cardiología. Ascires-Cetir, Barcelona - España, (2)Biotechnology Joint Innovation Center Yongzhou Zhon Gu Biotechnology Co. LTD., Yongzhou (Hunan) - China, (3)Cardiología. Fundació Hospital Sant Joan de Deu, Martorell (Barcelona) - España, (4)Cardiología. Hospital de Barcelona, Barcelona - España, (5)Cardiología. Ascires Grupo Biomédico, Valencia - España y (6)Medicina Nuclear. Ascires-Cetir, Barcelona - España

Introducción: El rodete septal basal (RSB), una fenocopia frecuente de la miocardiopatía hipertrófica (MCH), carece de criterios diagnósticos establecidos. El objetivo fue describir y comparar los hallazgos clínicos, electrocardiográficos y de imagen del RSB y de la MCH verdadera, así como desarrollar una aproximación diagnóstica basada en los hallazgos de la resonancia magnética cardíaca (RMC), al constituir los datos más robustos y reproducibles de nuestra cohorte.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. De 1.425 estudios consecutivos de RMC, se seleccionaron aquellos realizados por sospecha clínica de MCH. El RSB se definió por RMC como hipertrofia septal basal focal con grosor ?12 mm y relación septo proximal/medio ?1,3. El grupo MCH (n=24) requirió grosor parietal ?15 mm o relación apical/basal >1, junto con ?2 de 4 criterios adicionales (genética, electrocardiograma, morfología patognomónica o caracterización tisular). El análisis estadístico incluyó pruebas univariantes y multivariantes (SPSS).

Resultados: Se diagnosticaron 76 pacientes con RSB y 24 con MCH. El patrón electrocardiográfico miocardiopático estuvo ausente en todos los pacientes con RSB y presente en el 95% de los pacientes con MCH. Se identificó un patrón RS septal, siendo el hallazgo electrocardiográfico más frecuente en el RSB (31,3%). La angulación aorto-septal severa (?270°) fue significativamente más prevalente en el RSB (54,6% vs. 8,6%). El realce tardío de gadolinio fue casi exclusivo de la MCH (11,9% vs. 79%; OR: 0,031; p=0,0001). A partir de cuatro predictores derivados de la RMC —ausencia de realce tardío (OR: 0,006), volumen telediastólico indexado <57 ml/m² (OR: 38,05), movimiento sistólico anterior (OR: 15,17) y ángulo aorto-septal ?270° (OR: 14,26)— se construyó un modelo multivariante con excelente calibración (Hosmer-Lemeshow: p=0,794) y capacidad discriminativa (área bajo la curva AUC: 0,972). La precisión global fue del 93,6% (sensibilidad: 95,9%; especificidad: 85,7%).

Conclusiones: Los hallazgos electrocardiográficos y ecocardiográficos pueden orientar hacia una fenocopia por RSB.

La RMC permite diferenciar de forma robusta el RSB de la MCH verdadera y aporta una base objetiva para el desarrollo de criterios diagnósticos específicos del RSB como entidad fenotípica diferenciada.



