

Valor pronóstico del strain auricular izquierdo en la predicción de eventos de insuficiencia cardíaca en la miocardiopatía hipertrófica

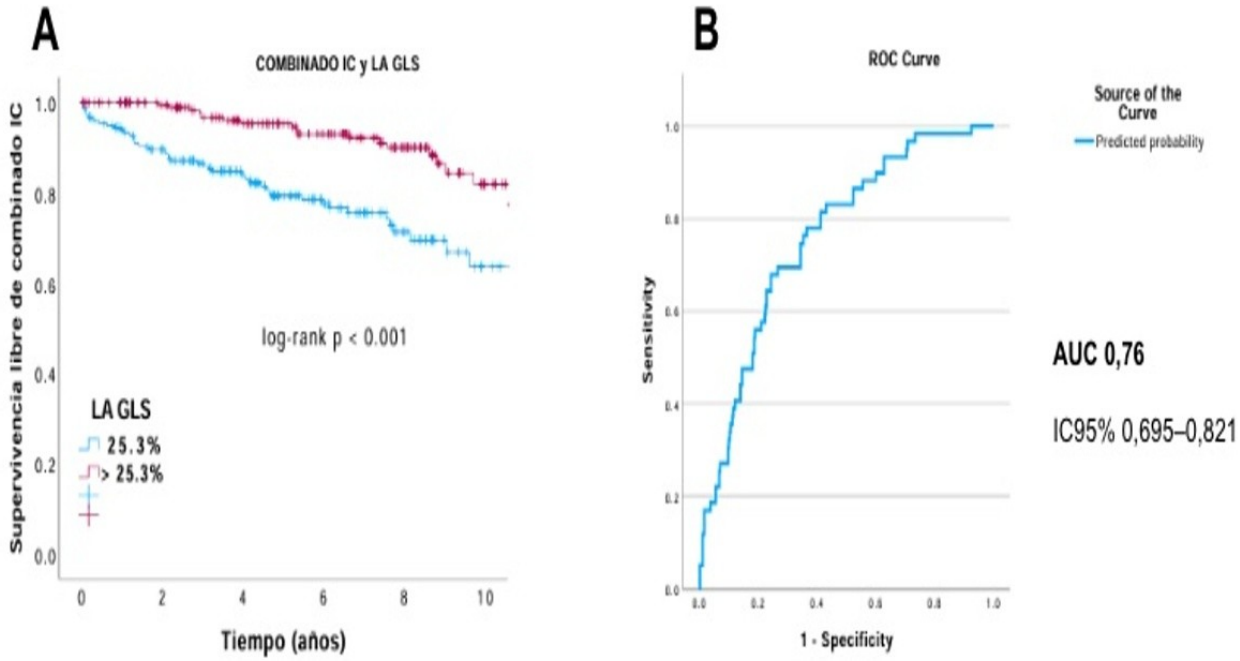
Arnau Subirà Ingla(1), Guillem Casas Masnou(1), María Soledad Ceballos(1), Francisco González Santorun(1), Lluís Admella Severiano(1), Sara Sóñora López(1), Èlia Rifé Pardo(1), Sergio del Fresno Pérez(1), Ester Galiana Talavera(1), Romina Gómez(1), Javier Limeres Freire(1), Gisela Teixidó Turá(1), Ignacio Ferreira González(1) y José Fernando Rodríguez Palomares(1) de (1)Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona - España

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) se asocia no sólo a riesgo arrítmico, sino también a progresión a insuficiencia cardíaca (IC). La identificación precoz de pacientes con mayor riesgo de evolución desfavorable sigue siendo un reto. El strain longitudinal global de la aurícula izquierda (SLG-AI) se ha propuesto como un marcador sensible de disfunción diastólica. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el valor pronóstico del SLG-AI en la predicción de eventos relacionados con IC.

Métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal y unicéntrico que incluyó 514 pacientes afectos de MCH con resonancia magnética cardíaca (RMC). Se definió un endpoint combinado de eventos relacionados con IC: ingreso por IC, progresión a fase de “burnt-out” (fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 50%), implante de dispositivo de asistencia ventricular izquierda, trasplante cardíaco y muerte cardiovascular. Se realizó un análisis multivariante de Cox ajustado por edad, volúmenes del VI, FEVI y realce tardío de gadolinio (RTG). El SLG-AI se analizó como variable continua y se categorizó según la mediana (25,3%) para el análisis de Kaplan-Meier. La capacidad discriminativa se evaluó mediante curvas ROC.

Resultados: La edad media fue de 58 ± 17 años y el 42% eran mujeres. En la RMC, el volumen telediastólico del VI indexado (VTDVIi) medio fue de 78,1 ± 17,7 mL/m² y el volumen telesistólico del VI indexado (VTSVIi) de 30.5 ± 12.4 mL/m², con una FEVI media de 63,2 ± 9,8%. El 48% de los pacientes presentó RTG (Tabla 1).
Durante un seguimiento mediano de 5,7 (RIC 3,0–8,3) años, se registraron 75 eventos relacionados con IC (14,6%). En el análisis multivariante, el SLG-AI se asoció de forma independiente con el endpoint (HR 0,965 por cada incremento del 1%; IC95% 0,941–0,989; p=0,005), tras ajustar por edad, volúmenes del VI, FEVI y RTG. En el análisis de Kaplan-Meier, los pacientes con SLG-AI ?25,3% presentaron mayor incidencia de eventos (log-rank p < 0,001). El SLG-AI mostró buena capacidad discriminativa (AUC 0,76; IC95% 0,695–0,821) (Figuras 1A-B).

Conclusiones: El SLG-AI es un predictor independiente de eventos relacionados con IC en pacientes con MCH, aportando valor pronóstico incremental más allá de los parámetros convencionales. Su incorporación en la evaluación clínica podría mejorar la estratificación del riesgo y permitir una personalización del seguimiento.



Características clínicas y de RMC de los pacientes, con y sin evento

	Total	Evento	No Evento	p valor
N (%)	514 (100%)	75 (14.6%)	439 (85.4%)	
Edad (años) (SD)	58.1 (17.1)	64.3 (16.6)	57.1 (17)	**<0.001**
Sexo femenino (%)	216 (42%)	33 (15.3%)	183 (84.7%)	0.707
Grosor septo (mm) (SD)	17.6 (7.4)	18.5 (3.9)	17.5 (7.8)	0.289
VTDVIi (ml/m2) (SD)	78.1 (17.7)	83.7 (19.6)	77.2 (17.2)	**0.005**
VTSVIi (ml/m2) (SD)	30.5 (12.4)	36.7 (16.6)	29.5 (11.3)	**<0.001**
FEVI (%) (%)	63.2 (9.8)	58.2 (11.5)	64.1 (9.2)	**<0.001**
Volumen indexado AI (ml/m2) (SD)	49.5 (19.5)	59.5 (22.6)	47.8 (18.5)	**<0.001**
OTSVI** (%)	157 (30%)	29 (18.5%)	128 (71.5%)	0.098
6SD RTG (%)	248 (48%)	42 (16.9%)	206 (83.1%)	0.100
6SD RTG>5% (%)	110 (21.4%)	31 (28.2%)	79 (71.8%)	**<0.001**
SLG-AI (%) (%)	25.5 (13.9)	18.4 (11.2)	26.8 (14)	**<0.001**

* AI: aurícula izquierda, FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo, OTSVI: obstrucción tracto salida ventrículo izquierdo, RTG: realce tardío gadolinio, SLG-AI: strain longitudinal global de la aurícula izquierda, VTDVIi: volumen telediastóilco del ventrículo izquierdo indexado, VTSVIi: volumen telesistólico del ventrículo izquierdo indexado. **OTSVI significativo >30 mmHg (basal o Valsalva)