

## 40 - HIPERTRABECULACIÓN EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. IMPLICACIONES CLÍNICAS

J. González Carrillo<sup>1</sup>, D. Casanova José<sup>2</sup>, J. Martín Jiménez<sup>1</sup>, J. Cuenca Muñoz<sup>2</sup>, E. Burillo<sup>1</sup>, D. López Cuenca<sup>1</sup>, C. Muñoz Esparza<sup>1</sup>, J.R. Gimeno Blanes<sup>1,3</sup>, M. Sabater Molina<sup>3,4</sup> y G. Bernabé García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cardiopatías Familiares, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>2</sup>Departamento de Ingeniería y Tecnología de Computadores, Universidad de Murcia. <sup>3</sup>Universidad de Murcia. <sup>4</sup>Laboratorio de Cardiogenética (LAIB), Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria, Murcia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad genética caracterizada por hipertrofia ventricular, que con frecuencia se acompaña de un aumento del miocardio trabeculado (MT). La relevancia clínica de la presencia de hipertrabeculación es desconocida. El objetivo es determinar la masa ventricular y la proporción de MT en una población de pacientes con MCH y analizar sus implicaciones clínicas.

**Métodos:** Se evaluaron 211 pacientes (de 189 familias) con diagnóstico de MCH (edad media  $47,8 \pm 16,3$  años, 154, 73,0% varones) que tuvieran un estudio de resonancia cardiaca. Se cuantificó la masa trabecular y la masa compactada del ventrículo izquierdo (miocardio compactado, MC) por medio de un software específico de delineación automática de bordes. La masa media de miocardio compactado fue de  $160,0 \pm 62,0$  g y miocardio trabeculado  $55,5 \pm 18,7$  g. El porcentaje de miocardio trabeculado (MT%) respecto al total fue de  $26,7\% \pm 6,4\%$ . Se compararon las características de los pacientes según la magnitud de miocardio trabeculado.

**Resultados:** Las mujeres tuvieron significativamente un mayor porcentaje de MT respecto a los varones ( $29,7 \pm 7,2$  frente a  $25,6 \pm 5,8$ ,  $p < 0,0001$ ). Los pacientes con FEVI  $< 50\%$  tuvieron valores de MT% significativamente superiores ( $30,2\% \pm 6,0\%$  frente a  $26,6\% \pm 6,4\%$ ,  $p = 0,02$ ). No hubo en cambio asociación entre la edad, los volúmenes ventriculares o la presencia de RTG (realce tardío con gadolinio) con la magnitud de MT. En el análisis multivariado el sexo femenino y el patrón neutro de hipertrofia se asociaron de forma directa, mientras que la obstrucción, el grosor máximo de pared y la fracción de eyección se asociaron inversamente con la variable MT%. No hubo asociación entre la MT con otras variables como HTA, actividad física o los síntomas. La gravedad de la hipertrofia y la presencia de fibrilación auricular fueron las dos únicas variables asociadas con muerte cardiovascular. En el análisis multivariado la magnitud de MT no se relacionó con las arritmias ni los eventos.

**Conclusiones:** Un porcentaje importante (25%) de miocardio ventricular de pacientes con MCH se encuentra trabeculado y puede ser cuantificado automáticamente. La proporción de miocardio trabeculado está incrementada en mujeres, en no obstructivos y en aquellos con disfunción sistólica. La extensión de la trabeculación no parece asociarse a los síntomas, a las arritmias ni al pronóstico en la MCH.