



## 214/48 - Determinación pronóstica de las diferencias anatómicas por cardiorresonancia entre pacientes con MCD Isquémica vs no Isquémica

M.A. Martín Toro<sup>1</sup>, J. Torres Llergo<sup>2</sup>, M.R. Fernández Olmo<sup>2</sup>, M.S. Herruzo Rojas<sup>3</sup>, M. Padilla Pérez<sup>2</sup>, C. Lozano Cabezas<sup>4</sup>, J.P. Rubio Misas<sup>5</sup> y J.C. Fernández Guerrero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año de Cardiología; <sup>2</sup>FEA Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. <sup>3</sup>Médico Residente de 5º año de Cardiología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. <sup>4</sup>FEA de Cardiología. Unidad de Diagnóstico por Imagen; <sup>5</sup>FEA Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario de Jaén.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El patrón de realce tardío (RT) de la cardiorresonancia (CRM) permite diferenciar la etiología isquémica vs no isquémica de la miocardiopatía dilatada (MCD). Objetivo: establecer la utilidad de la presencia de RT y las características del mismo en el pronóstico de los pacientes con MCD.

**Material y métodos:** Se incluyeron 44 pacientes con MCD estudiados mediante CRM, con cálculo de volúmenes ventriculares, FE, masa ventricular, presencia y distribución del RT.

**Resultados:** 22 MCD isquémica (50%) con una edad superior (58,1 vs 55,5 años,  $p = 0,01$ ), más varones (95,5 vs 68,2%,  $p = 0,04$ ) y mayor presencia de FRCV frente a no isquémica. Las alteraciones de la contractilidad segmentaria fueron muy superiores en la isquémica (86,4 vs 4,8%,  $p < 0,001$ ), aunque no se encontraron diferencias significativas en cuanto a volumen telediastólico indexado del VI (115,2 vs 115,7 ml/m<sup>2</sup>), tamaño de aurícula izquierda (41,9 vs 40,6 mm), masa miocárdica indexada (77,5 vs 87,7 g/m<sup>2</sup>) o FEVI (37,1 vs 34,5%). La proporción de RT positivo fue muy superior en el origen isquémico (95,2 vs 19%,  $p < 0,001$ ), aunque la distribución extensa del mismo era mayoritariamente en ambos casos (94,7 vs 100%). No hubo ningún caso de muerte cardiovascular en el seguimiento, aunque se evidenció una tendencia no significativa de mayor TV o muerte súbita en el grupo isquémico (18,2 vs 4,5%,  $p = 0,34$ ) y de menor insuficiencia cardíaca (IC) (27,3 vs 54,5%,  $p = 0,06$ ).

**Conclusiones:** La presencia de RT es mayoritario en la MCD Isquémica, con una distribución extensa en ambas etiologías cuando es positivo. La etiología isquémica se asocia de forma no significativa a la aparición de TV y la no isquémica a la de IC.