

Desacondicionamiento deportivo en la miocardiopatía hipertrófica

Exercise Deconditioning in Hypertrophic Cardiomyopathy

MACARENA C. DE ZAN, GASTÓN A. RODRÍGUEZ GRANILLO^{MTSAC}, PATRICIA CARRASCOSA^{MTSAC}

Las imágenes que se presentan corresponden a un paciente de sexo masculino, de 39 años, deportista de alto rendimiento (triatlón), sin factores de riesgo cardiovascular y sin antecedentes coronarios, ni antecedentes de muerte súbita en su familia. Durante un ecocardiograma Doppler color realizado por control se diagnosticó miocardiopatía hipertrófica (MCH). Para completar sus estudios y evaluar la presencia de realce tardío (RT), se le solicitó una resonancia magnética cardíaca. En las secuencias de cine se observó hipertrofia del septum interventricular con un espesor máximo de 15,2 mm (Figura 1 A), sin evidencia de RT de contraste en el miocardio (Figura 2) ni aumento de gradientes intraventriculares. Se indicó desacondicionamiento deportivo y betabloqueantes.

A los dos meses se realizó una nueva resonancia cardíaca, que evidenció una mínima reducción del espesor septal medial (Figura 1 B), sin cambios significativos en el resto de los segmentos. Se decidió continuar con igual esquema y a los seis meses se repitió la resonancia cardíaca, que mostró una franca reducción de los espesores parietales, con un espesor máximo de 10,8 mm

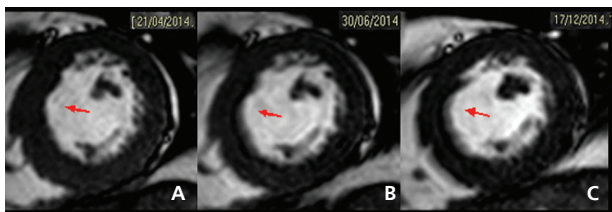


Fig. 1. Secuencias de cine en el mismo eje corto del ventrículo izquierdo. **A.** Abril de 2014, hipertrofia del septum interventricular de 15,2 mm (flecha). **B.** Junio de 2014, se evidencia mínima reducción del diámetro del septum interventricular (flecha). **C.** Diciembre de 2014, se observa una normalización de los espesores; actualmente: 10,8 mm (flecha).

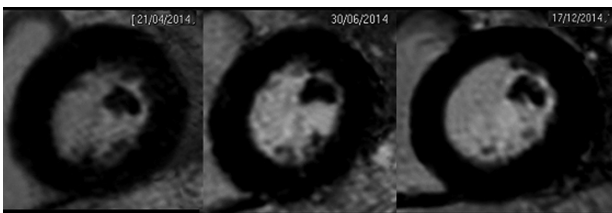


Fig. 2. Secuencias de inversión-recuperación ponderadas en T1 (realce tardío de contraste) realizadas 7-8 minutos posgadolinio en el mismo eje corto del ventrículo izquierdo.

(Figura 1 C). Nuevamente, no se registraron gradientes elevados ni la presencia de RT.

La MCH es la principal causa de muerte súbita en adultos jóvenes deportistas. (1)

De acuerdo con el Consenso de Imágenes Cardiovasculares No Invasivas 2013 de la Sociedad Argentina de Cardiología, la realización de la resonancia magnética en la MCH tiene una indicación de Clase I en pacientes con sospecha clínica y ecocardiograma no concluyente, y de Clase IIa (es razonable su utilización) en pacientes con diagnóstico confirmado para la estratificación del riesgo. La resonancia magnética permite evaluar el espesor miocárdico de la totalidad de los segmentos cardíacos con mayor precisión que el ecocardiograma y detectar la presencia de fibrosis miocárdica a través de las secuencias de RT, que han demostrado un valor pronóstico independiente para la predicción de eventos arrítmicos y muerte. (2-4) De este modo facilita una evaluación correcta de los segmentos apicales y del ventrículo derecho, sectores que en ocasiones son de difícil evaluación por el ecocardiograma Doppler. En la misma línea, al detectar la presencia de RT, permite descartar hipertrofia del deportista en pacientes que muestran RT. En el presente caso se descarta eficazmente la MCH al ponerse en evidencia la normalización de los espesores parietales con el desacondicionamiento deportivo y ante la ausencia de fibrosis en secuencias de RT.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).

BIBLIOGRAFÍA

1. Maron BJ, Thompson PD, Puffer JC, McGrew CA, Strong WB, Douglas PS, et al. Cardiovascular preparticipation screening of competitive athletes. A statement for health professionals from the Sudden Death Committee (clinical cardiology) and Congenital Cardiac Defects Committee (cardiovascular disease in the young), American Heart Association. *Circulation* 1996;94:850-6. <http://doi.org/bdmq>
2. Maron MS, Maron BJ, Harrigan C, Buys J, Gibson CM, Olivetto I, et al. Hypertrophic cardiomyopathy phenotype revisited after 50 years with cardiovascular magnetic resonance. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:220-8. <http://doi.org/bwpntd>
3. Shirani J, Pick R, Roberts WC, Maron BJ. Morphology and significance of the left ventricular collagen network in young patients with hypertrophic cardiomyopathy and sudden cardiac death. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:36-44. <http://doi.org/d5d64x>
4. Varnava AM, Elliott PM, Baboonian C, Davison F, Davies MJ, McKenna WJ. Hypertrophic cardiomyopathy: histopathological features of sudden death in cardiac troponin T disease. *Circulation* 2001;104:1380-4. <http://doi.org/bwcvf>

REV ARGENT CARDIOL 2016;84:369. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v84.i4.7881>

Dirección para separatas: e-mail: maca_dezan@hotmail.com

Diagnóstico Maipú

^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología