



17. REMODELADO ECOCARDIOGRÁFICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE EISENMENGER TRATADOS CON REGÍMENES INTENSIVOS DE TRATAMIENTO VASODILATADOR PULMONAR

Irene Martín de Miguel¹, Teresa Segura de la Cal¹, Raquel Luna López², M. Pilar Escribano Subias³ y Fernando Sarnago Cebada³

¹Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ²Cardiología. Hospital Militar Gómez Ulla, Madrid, España y ³Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. CIBERCV, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La evidencia del remodelado cardiaco adverso en el síndrome de Eisenmenger (SE) proviene principalmente de cohortes con regímenes de tratamiento vasodilatador pulmonar (TVD) poco agresivos. Por ello, el objetivo del estudio consistió en evaluar el remodelado ecocardiográfico de pacientes con SE tratados con TVD intensiva, y analizar las diferencias de remodelado entre *shunts* pre- y postricuspídeos.

Métodos: Se incluyeron 28 adultos con SE entre 2001 y 2022. Se recogieron datos analíticos, funcionales y de imagen.

Resultados: La edad media era 48 ± 15 años, 15 (54%) eran mujeres. En 15 pacientes (54%) el SE era pretricuspídeo, en 13 (46%) postricuspídeo. El tiempo medio desde el diagnóstico de SE fue 11 ± 6 años. Veinticinco pacientes (89%) recibieron triple TVD, 3 (11%) doble. Las prostaciclina sistémicas fueron más frecuentes en *shunts* pretricuspídeos (12 [80%] vs 3 [23%], $p = 0,007$). Respecto a variables pronósticas, 9 pacientes (32%) tenían clase funcional ≥ 3 , la saturación O₂ media era $86 \pm 8\%$, la mediana de NT-proBNP 576 pg/ml (238; 1271) y la media de distancia del test de 6 minutos 413 ± 95 m, sin diferencias según la localización del *shunt*. En el eco, la media de presión sistólica de ventrículo derecho (VD) estimada fue 96 ± 19 mmHg, 21 pacientes (75%) tenían insuficiencia tricúspide (IT) \geq moderada. La media de cambio fraccional de área (CFA) de VD fue $28 \pm 8\%$, la media de área telesistólica de VD 23 ± 9 cm². A pesar de mayor presión sistólica de VD (más gravedad) en postricuspídeos (108 ± 16 vs 88 ± 17 mmHg, $p = 0,007$), los pretricuspídeos tenían mayor área telesistólica de VD (28 ± 8 vs 19 ± 7 cm², $p = 0,01$), menor CFA de VD (23 ± 5 vs $32 \pm 8\%$, $p = 0,01$) y más IT \geq moderada (14 [93%] vs 7 [54%], $p = 0,03$). Respecto al ventrículo izquierdo, los *shunts* postricuspídeos tenían tendencia a mayores volúmenes telediastólicos (90 [68; 119] vs 64 [43; 109] ml, $p = 0,1$), menor fracción de eyección (58 ± 12 vs $66 \pm 7\%$, $p = 0,03$), menor ratio E/e' mitral (5,8 [4,2; 8,5] vs 8,9 [6,4; 10,4], $p = 0,02$).

Shunt pre-tricuspídeo



Shunt post-tricuspídeo



Diferencias en el remodelado ecocardiográfico según la localización del shunt en el síndrome de Eisenmenger. Remodelado mucho más adverso en el shunt pretricuspídeo con escasa hipertrofia y muy significativa dilatación del ventrículo derecho.

Conclusiones: A pesar de regímenes de TVD intensivos, la mayoría de pacientes con SE desarrollaron un marcado remodelado adverso, reforzando la relevancia de un tratamiento agresivo precoz. Los *shunts* pretricuspídeos tenían peor remodelado de VD, pero mejor ventrículo izquierdo. No hubo diferencias en los parámetros pronósticos entre *shunts* pre- y postricuspídeos, posiblemente por mayor uso de prostaciclina sistémica en pretricuspídeos.