



8. VALOR DIAGNÓSTICO DEL PATRÓN DE PRESERVACIÓN APICAL DURANTE EL ECOCARDIOGRAMA DE EJERCICIO EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA

Marina Combarro Eiriz, Jesús Peteiro Vázquez, Gonzalo Barge Caballero y Alberto Bouzas Mosquera

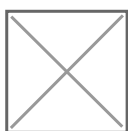
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El patrón de preservación apical (PA) en el estudio de deformación miocárdica es un marcador útil en la amiloidosis cardiaca (AC). No obstante, también puede encontrarse en otras condiciones que conllevan hipertrofia ventricular izquierda (HVI), como hipertensión arterial (HTA) o miocardiopatía hipertrófica (MCH). El objetivo de este estudio fue evaluar la PA en reposo y ejercicio en pacientes con AC y HVI de otras etiologías. La hipótesis fue que los pacientes con AC pueden mantener o incluso aumentar la PA con el ejercicio, al contrario que los pacientes sin AC.

Métodos: 22 pacientes con AC confirmada, 31 con HVI no asociada a AC (17 MCH, 14 HTA) y 6 sujetos sanos fueron sometidos a ecocardiografía de ejercicio. Todos los pacientes control (sin AC) fueron mayores de 60 años, sin datos de enfermedad coronaria y fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) > 55%. Para considerar PA se fijó un valor relativo de 1,0 según la siguiente ecuación: *strain* longitudinal apical/(*strain* longitudinal basal + *strain* longitudinal medio).

Resultados: Los pacientes con AC presentaron menor FEVI en reposo (54 ± 13 vs 66 ± 9 en HVI-no AC y 67 ± 10 en sanos; $p = 0,003$) y en ejercicio (59 ± 16 vs 73 ± 7 en HVI-no AC y 68 ± 7 en sanos; $p = 0,001$), así como valores más elevados de E/e' en reposo (21 ± 6 vs 18 ± 10 en HVI-no AC y 9 ± 1 en sanos; $p = 0,04$) y en ejercicio (19 ± 7 vs 15 ± 6 en HVI-no AC y 11 ± 4 en sanos; $p = 0,02$). Además, el grupo de AC alcanzó menor carga de esfuerzo en equivalentes metabólicos ($5,4 \pm 2,4$; $7,1 \pm 2,2$ en HVI-no AC; $7,6 \pm 2,7$ en sanos; $p = 0,02$). El cociente de PA en reposo y en ejercicio fue, respectivamente: $0,7 \pm 0,2$ y $0,6 \pm 0,2$ en pacientes con HVI-no AC, $0,7 \pm 0,5$ y $0,7 \pm 0,3$ en sujetos sanos y $1,5 \pm 0,9$ y $1,5 \pm 1,1$ en pacientes con AC ($p = 0,001$). El área bajo la curva para el diagnóstico de AC fue máxima para PA en reposo o ejercicio (0,81; IC95% = 0,68-0,93, $p = 0,001$), seguido de PA en ejercicio (0,79; IC95% = 0,65-0,92, $p = 0,001$), PA en reposo (0,72; IC95% = 0,58-0,87, $p = 0,006$) y PA en reposo y ejercicio (0,71; IC95% = 0,55-0,86, $p = 0,01$). De los pacientes con AC, 9/22 (41%) presentaron PA en reposo y en pico de ejercicio, hallazgo ausente en todos los pacientes sin AC; aportando una especificidad y un valor predictivo positivo del 100%.



Valor diagnóstico del patrón de PA en la AC.

Conclusiones: El patrón de PA durante el ejercicio añade información relevante para el diagnóstico de AC. En nuestra muestra, la PA persistente durante el pico de ejercicio fue patognomónica de AC.