



4017-7. UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA CON CARACTERIZACIÓN TISULAR SISTEMÁTICA EN PACIENTES CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO DE BAJO RIESGO

Marta Alonso Fernández de Gatta¹, Ana Martín García¹, María Díez-Campelo², Manuel Barreiro-Pérez¹, Elena Díaz Peláez¹, Javier Jiménez-Candil¹, Agustín Carlos Martín García¹ y Pedro L. Sánchez¹ del ¹Servicio de Cardiología, Complejo Universitario de Salamanca, CIBERCV, IBSAL, Salamanca, y ²Servicio de Hematología, Complejo Universitario de Salamanca, IBSAL, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía por sobrecarga férrica es una patología rara, con incidencia creciente por enfermedades hematológicas como el síndrome mielodisplásico de bajo riesgo (SMD-bR) que requieren soporte trasfusional (ST). El inicio precoz de tratamiento con quelantes de hierro, antes del desarrollo de disfunción sistólica, permite frenar e incluso revertir la sobrecarga férrica miocárdica. A pesar de que las complicaciones cardíacas constituyen la principal causa no hematológica de muerte en el SMD y que la resonancia magnética cardíaca (RMc) permite identificar la siderosis cardíaca, esta prueba no se realiza de forma sistemática en estos pacientes. Nuestro objetivo fue realizar una valoración cardíaca exhaustiva mediante el uso de nuevas técnicas de imagen en pacientes con SMD-bR con el fin de detectar cardiopatía estructural y sobrecarga férrica miocárdica.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes con SMD-bR, en un hospital de referencia en SMD. Se realizó una resonancia magnética cardíaca (RMc) incluyendo secuencias de caracterización tisular (mapeo T1 y T2) y se comparó con el método más utilizado de cuantificación férrica miocárdica: tiempo T2*.

Resultados: Durante el año 2016 se incluyó a 33 pacientes, la mayoría, de edad avanzada (82% $\geq$ 65 años), alto riesgo cardiovascular (87,5% $\geq$ 1 factor) y el 34% tenían antecedentes de cardiopatía. Se pudo realizar la RM en 29 pacientes. La tabla recoge los principales resultados de la RMc. Se detectó siderosis cardíaca (T2* $\geq$ 20 ms) en 3 pacientes (9,1%). Se observó una correlación positiva entre los valores de T2* y el tiempo de relajación T1 (0,764, $p = 0,01$) y una correlación negativa con los niveles de ferritina (-0,485, $p = 0,012$). Los tiempos de relajación T1 y T2 también presentaron una correlación estadísticamente significativa (0,532, $p = 0,04$). El número de CH recibidos se correlaciona significativamente con menores tiempo T2 (-0,436, $p = 0,029$), T2* (-0,67, $p = 0,005$) y T1 (-0,49, $p = 0,015$) (figura).



Análisis de los tiempos de relajación T2, T2 y T1 pre/poscontraste en relación al número de concentrados de hematíes trasfundidos en los pacientes.*

Principales resultados del estudio con Resonancia magnética cardiaca

Resonancia magnética cardiaca (N: 29 pacientes)

Fracción de eyección VI (%)	65,1 $\pm$ 10,1
VTDVI indexado (ml/m ²)	85,7 $\pm$ 26,1
VI dilatado	8 (28,6%)
Masa VI indexada (g/m ²)	69,5 $\pm$ 16,5
Disfunción sistólica VI	5 (15%)
Disfunción sistólica de grado ligero/moderado	3 (9,1%)/2 (6,1%)
Fracción de eyección VD (%)	65,6 $\pm$ 6,3
VTDVD indexado (ml/m ²)	79 $\pm$ 19
Ventrículo derecho dilatado	9 (27,3%)
Disfunción ventricular derecha ligera	2 (6,1%)
Área auricular izquierda indexada (ml/m ²)	17,1 $\pm$ 3,9
Aorta ascendente dilatada	14 (48%)
Realce tardío subendocárdico (isquémico) no conocido previamente	2 (6,1%)
Derrame pericárdico ligero	6 (21%)
Tiempo T2 miocárdico (ms)	57 $\pm$ 7,5
Tiempo T2* septal miocardico (ms)	32 $\pm$ 7,5

Tiempo T2* hepático (ms)	4 [9,25]
Tiempo T1 precontraste (ms)	989 ± 88
Tiempo T1 poscontraste (ms)	395 ± 47,2

VI: ventrículo izquierdo, VTDVI: volumen telediastólico del ventrículo izquierdo, VD: ventrículo derecho; VTDVD: volumen telediastólico de ventrículo derecho.

Conclusiones: La evaluación cardiaca exhaustiva con técnicas de imagen cardiaca avanzada como RMc en P. con SMD-bR permite identificar una alta prevalencia de cardiopatía estructural. Así mismo, el análisis de la caracterización tisular miocárdica con mapeo T1 y T2 añadida al T2* se relaciona significativamente con la carga transfusional y podría ser un factor pronóstico y marcador para terapia de quelación precoz en estos pacientes.