



6018-575. DISFUNCIÓN AURICULAR EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA: PAPEL EN EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS

Laura Sanchís Ruiz¹, Luigi Gabrielli¹, Rut Andrea¹, Carles Falces¹, Nicolas Duchateau², Félix Pérez-Villa¹, Bart Bijmens² y Marta Sitges¹ del ¹Servicio de Cardiología del Hospital Clínic, Barcelona y ²Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La fisiopatología de la insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección preservada (ICFEP) es poco conocida. La disfunción auricular podría desempeñar un papel en la aparición de síntomas en dicha entidad pero ha sido poco estudiada. El objetivo de nuestro estudio es el análisis de la función auricular en pacientes con debut de IC.

Métodos: Se diseñó un estudio observacional de pacientes consecutivos referidos a una consulta de diagnóstico rápido por clínica sugestiva de debut de IC. El diagnóstico final de IC con fracción de eyección reducida (ICFER), ICFEP o no IC se realizó según las guías europeas. En todos los casos se realizó una ecocardiografía con adquisición de imágenes para estudio posterior de la deformación miocárdica mediante speckle tracking ecocardiografía (STE). De manera ciega al diagnóstico se analizó el *strain* longitudinal tanto de ventrículo izquierdo (VI) como de aurícula izquierda (AI) (*2Dstrain*) y se compararon los resultados entre grupos mediante la realización del test de Anova de un factor y Bonferroni.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes con clínica sugestiva de debut de IC y en ritmo sinusal (edad media 74 ± 9 años, 68,5% mujeres). El tiempo medio desde el inicio de los síntomas fue de 144 ± 131 días. El diagnóstico final fue 13,7% ICFER, 46,6% ICFEP y 39,7% no IC. El *strain* longitudinal del VI no mostró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de no IC y el de ICFEP, pero sí entre dichos grupos y el de ICFER (tabla). La función contráctil de la AI se encontró significativamente reducida en ambos grupos de IC respecto al grupo de no IC sin diferencias significativas entre ambos grupos de IC; valores menores de *strain* rate con volúmenes similares de la AI (tabla). Sólo el 12,2% (n = 9) presentaban fibrilación auricular paroxística previa (8 con ICFEP y 1 no IC).

Valores de los parámetros ecocardiográficos y significación estadística

| | Medias (N) | | | Significación estadística | | |
|--|----------------|----------------|----------------|---------------------------|-------------------|-------------------|
| | No IC N =29 | ICFEP N =34 | ICFER N =10 | No IC vs ICFEP | No IC vs ICFER | ICFEP vs ICFER |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--------------------|--------------------|---------------------|---------|---------|---------|
| Diámetro AP de AI (mm) | 36 ± 4 (29) | 43 ± 8 (34) | 45 ± 6 (10) | < 0,001 | < 0,001 | NS |
| Volumen AI indexado (ml/m ²) | 32,11 ± 12,52 (29) | 59,33 ± 23,18 (34) | 58,69 ± 19,25 (10) | < 0,001 | < 0,001 | NS |
| Strain AI total | 25,1 ± 5,7 (29) | 19,7 ± 6,3 (34) | 18,4 ± 10,8 (10) | 0,007 | 0,027 | NS |
| Strain AI sistólico | 10,12 ± 5,78 (29) | 9,02 ± 4,71 (34) | 6,14 ± 5,26 (10) | NS | NS | NS |
| Strain AI posonda P | -14,99 ± 5,17 (29) | -10,64 ± 5,27 (34) | -12,24 ± 11,94 (10) | 0,030 | NS | NS |
| Strain rate auricular (onda A) | -1,95 ± 0,55 (29) | -1,22 ± 0,72 (34) | -1,11 ± 0,61 (10) | < 0,001 | 0,002 | 1,000 |
| DTDVI (mm) | 47,86 ± 5,22 (29) | 50,91 ± 5,59 (34) | 56,30 ± 8,02 (10) | NS | 0,001 | 0,037 |
| VTDVI indexado (mL/m ²) | 56,87 ± 16,23 (29) | 65,22 ± 13,67 (34) | 103,27 ± 35,04 (10) | NS | < 0,001 | < 0,001 |
| Strain longitudinal VI (4 cámaras) | -16,95 ± 3,94 (29) | -16,54 ± 3,98 (31) | -10,10 ± 5,22 (9) | NS | < 0,001 | < 0,001 |
| Strain rate longitudinal VI | -1,05 ± 0,29 (29) | -0,95 ± 0,26 (31) | -0,62 ± 0,28 (9) | NS | < 0,001 | 0,007 |
| NS: No significativo. | | | | | | |

Conclusiones: En pacientes en ritmo sinusal y con debut clínico de IC, existe disfunción AI tanto en pacientes con ICFER como ICFEP. La afectación de la función auricular podría ser el mecanismo inicial en el desarrollo de los síntomas en la ICFEP. Estos hallazgos apoyan el papel de la disfunción auricular en la patogenia de la ICFEP así como la potencial utilidad diagnóstica del estudio de la función auricular en sujetos con disnea.