



Revista Española de Cardiología



6020-629. ¿CUÁL ES EL MEJOR PARÁMETRO ECOCARDIOGRÁFICO CAPAZ DE PREDECIR RECHAZO AGUDO EN EL TRASPLANTE CARDIACO?

Susana Mingo Santos, Vanesa Moñivas Palomero, Inés García Lunar, Cristina Mitroi, Manuel Sánchez García, Esther González López, Jesús González Mirelis y Javier Segovia Cubero del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción: El rechazo agudo (RA) es la causa más importante de morbi-mortalidad en el primer año después de un trasplante cardiaco (TC). El patrón oro para su diagnóstico es la realización de biopsias endomiocárdicas (BEM) seriadas. Nuestro grupo está realizando un protocolo de seguimiento con ecocardiografía estándar y parámetros de *strain* 2D en este grupo de pacientes. Nuestro objetivo es encontrar el parámetro ecocardiográfico idóneo que pueda permitir identificar RA de forma no invasiva.

Métodos: Incluimos de forma prospectiva 34 sujetos trasplantados en nuestro centro entre 2009 y 2012. Para cada paciente se realizaron un número de 7 exámenes ecocardiográficos coincidiendo con BEM de rutina para detección de rechazo. Se midió *strain* longitudinal (S. Long.) del ventrículo izquierdo (VI) en plano apical de 4 y 2 cámaras. Para el ventrículo derecho (VD) se calculó *strain* longitudinal en un plano apical de 4 cámaras además de los parámetros ecocardiográficos clásicos. RA se identificó y graduó en BEM concomitantes según criterios ISHLT.

Resultados: Analizamos en total 224 exámenes ecocardiográficos y BEM. Se diagnosticó RA en 59 biopsias (48 1R, 8 2R Y 3 3R). En el análisis univariante se identificaron 3 parámetros de VI y 2 de VD que se asociaron de forma significativa con RA: grosor septo interventricular (SIV) $12,4 \pm 2,1$ vs $11,3 \pm 1,8$ mm, $p < 0,005$, tiempo de relajación isovolumétrica (TRIV) $80,6 \pm 19,4$ vs $93,3 \pm 17,9$ msec, $p < 0,005$, *strain* longitudinal (S. Long) global VI $-14,6 \pm 3,5$ vs $-17,8 \pm 3,5$, $p < 0,005$, grosor VD $5,7 \pm 1,3$ vs $5,2 \pm 1,1$ mm, $p = 0,02$ y S. Long. medio pared libre VD $-16,6 \pm 3,1$ vs $-23,4 \pm 5,3$, $p < 0,005$. En el análisis multivariante el grosor SIV, S. Long VI y S. Long pared libre VD fueron predictores independientes para rechazo (tabla). La mejor área bajo la curva ROC se obtuvo para S. Long. pared libre VD (AUC 0,87, intervalo de confianza 0,82-0,92, $p < 0,001$).

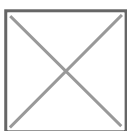


Figura. Curvas ROC para predicción de RA.

Análisis multivariante para predecir RA

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	p
Grosor SIV	1,62	1,3-2,0	< 0,005
TRIV	1,01	0,99-1,04	0,25
S. Long. global VI	1,17	1,03-1,32	0,015
Grosor VD	1,23	0,87-1,74	0,24
S. Long pared libre VD	1,25	1,12-1,40	< 0,005

SIV = septo interventricular, TRIV = tiempo de relajación isovolúmica, S. Long = *strain* longitudinal, VI = ventrículo izquierdo, VD = ventrículo derecho.

Conclusiones: Los parámetros de deformación miocárdica y especialmente el S. Long. de la pared libre VD podrían ser útiles para detección no invasiva del RA en el primer año tras el TC. Estos nuevos métodos son complementarios y aportan información adicional a la ecografía convencional. La mayor ventaja que pueden aportar sería reducir el número de BEM en el periodo precoz post-TC.