



## 6017-242. SPECKLE TRACKING: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA DETERMINAR LA FUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA EN PACIENTES VIH POSITIVO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASINTOMÁTICOS

Maribel Quezada Feijoo<sup>1</sup>, Rocío Toro Cebada<sup>2</sup>, Vera Lennie<sup>3</sup>, Cristina Arce<sup>3</sup>, Leopoldo Pérez de Isla<sup>4</sup>, Luz Martín Carbonero<sup>3</sup> y Pilar Llorente<sup>3</sup> del <sup>1</sup>Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, <sup>2</sup>Universidad de Cádiz, <sup>3</sup>Hospital Carlos III, Madrid y <sup>4</sup>Hospital Clínico San Carlos.

### Resumen

**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad progresiva y mortal conduce al deterioro del ventrículo derecho (VD). La caracterización del VD a través de las técnicas ecocardiográficas establece el pronóstico en esta población. Nuestro objetivo es determinar la utilidad del *strain* longitudinal basal a través del *speckle tracking* (ST) en pacientes VIH+ con y sin HAP y enfrentarla a métodos ecocardiográficos estándar.

**Métodos:** Estudio de casos controles. Los individuos estudiados se distribuyeron en tres grupos: 23 pacientes infectado por el VIH con HAP (VIH/HAP+), 45 VIH+ sin HAP (VIH/HAP-) y 11 sujetos sanos. Se realizó a todos los pacientes un estudio anatómico, funcional y hemodinámico del VD usando ecocardiografía convencional. Se obtuvo el valor del pico sistólico máximo del segmento basal de la pared lateral del VD mediante el ST.

**Resultados:** La mediana del valor del pico sistólico de la pared lateral del VD (SLPLVD) fue de -20% (RIQ -16 a -24). Se observó que el SLPLVD fue superior en los controles comparado con el grupo de pacientes VIH/HAP- y VIH/HAP+ (-26% [RIQ -23 a -29]; -21% [RIQ -17 a -25]; -19% [RIQ 16-22]; p = 0,03 y p = 0,01 respectivamente). El TAPSE fue la única variable ecocardiográfica que mostró correlación significativa con los valores de SLPLVD (r = 0,34; p 0,01). Las características ecocardiográficas de la población se muestran en la tabla.

| Características ecocardiográficas de la población |                 |                 |                  |      |
|---|-----------------|-----------------|------------------|------|
| Variables   | VIH/HAP+ N = 23 | VIH/HAP- N = 45 | Controles N = 11 | p    |
| DDB (mm)  | 32 (30-35)      | 26 (24-29)      | 28 (26-29)       | 0,01 |
| DDM (mm)  | 34 (31-36)      | 29 (26-31)      | 27 (26-29)       | 0,01 |

|              |               |               |              |      |
|--------------|---------------|---------------|--------------|------|
| TRIV (mm)    | 90 (60-100)   | 80 (60-100)   | 70 (60-80)   | 0,01 |
| CAF (%)      | 37 (35-43)    | 41 (36-48)    | 38 (36-42)   | 0,19 |
| TAPSE (mm)   | 17 (16-22)    | 19 (18-21)    | 22 (20-24)   | 0,02 |
| S`DTI (cm/s) | 11 (10-13)    | 11,5 (10-13)  | 12 (11-15)   | 0,78 |
| RVP (UW)     | 2,2 (1,7-2,9) | 1,5 (1,4-1,9) |              | 0,01 |
| SLPLVD       | -19% (16-22)  | -21% (17-25)  | -26% (23-29) | 0,01 |
| FEVI (%)     | 65 (61-71)    | 69 (66-71)    | 67 (65-71)   | 0,09 |

DDB; DDM: diámetro basal y medio del VD; TRIV: tiempo de relajación isovolumétrica; CAF: cambio de área fraccional; TAPSE: desplazamiento del anillo tricúspide; RVP: resistencia vascular pulmonar; SLPLVD: *strain* longitudinal del VD.

**Conclusiones:** El ST se correlaciona con otros parámetros robustos de función sistólica del VD y nos permite identificar aquellos pacientes VIH positivo con HAP y sin HAP asintomáticos.