



4014-2. UTILIDAD DE LOS PARÁMETROS DE DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA EN EL TRATAMIENTO NO INVASIVO DEL RECHAZO AGUDO TRAS EL TRASPLANTE CARDIACO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO BEMECO

Josebe Goirigolzarri Artaza¹, José María Larrañaga², Ana Osa³, Mario Sutil Vega⁴, Martín Ruiz Ortiz⁵, Cecilia Corros⁶, Bárbara Vidal⁷, Susana Mingo Santos¹, Vanessa Moñivas Palomero¹, Nicolás Maneiro², Cayetana María Barbeito², Raquel López-Villela³, Pedro Chi-Hion Li⁴, Sara Rodríguez Diego⁵, José Luis Lamabert⁶, Franciris Velázquez⁷ y Javier Segovia Cubero¹, del ¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), ²Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, ³Hospital Universitario y Politécnico de La Fe y CIBERCV, Valencia, ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ⁵Hospital Reina Sofía, Córdoba, ⁶Hospital Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y ⁷Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El rechazo agudo (RA) es una complicación frecuente tras el trasplante cardiaco (TxC). El *gold standard* para su diagnóstico es la biopsia endomiocárdica (BEM). Varios estudios unicéntricos han publicado la utilidad del *strain* mediante *speckle-tracking* (S2D) en tratamiento no invasivo del RA. El objetivo de este estudio es valorar su utilidad de forma multicéntrica mediante la aplicación unos puntos de corte (PC) determinados de una cohorte unicéntrica original para poder descartar RA al menos moderado (RA ? 2R) (-15,5% para *strain* longitudinal de ventrículo izquierdo (GLS VI) y -17% para *strain* de pared lateral de ventrículo derecho (GLS pared lat VD)). El objetivo final es poder implementarlo en la práctica clínica diaria.

Métodos: Es un estudio observacional, multicéntrico y prospectivo en el que han participado 7 centros que realizan TxC. Se incluyeron todos los pacientes TxC desde diciembre 2015-diciembre 2016 y fueron seguidos durante el primer año tras el mismo. Se realizaron BEM y ecocardiogramas (ECO) el mismo día de seguimiento y se compararon los resultados de ambas técnicas. La BEM se graduó según la clasificación actual de la ISHLT. Se analizaron parámetros clásicos y de S2D (Phillips, QLab 10) por los ecocardiografistas de cada centro ciegos a los resultados de las BEM.

Resultados: Se muestran los resultados iniciales de este estudio. Se incluyeron 501 pares de BEM-ECO, de los cuales 37 (7,4%) presentaron RA ? 2R. El GLS VI y el GLS pared lat de VD fueron significativamente menores en los pacientes con RA (-17,5 ± 3 RA 2R frente a -16,1 ± 3,4 RA ? 2R, p 0,01 y -19,5 ± 3,4 RA 2R frente a -18 ± 3,9 RA ? 2R, p 0,02 respectivamente). El área bajo la curva para el RA ? 2R fue de 0,66 para GLS VI y 0,6 para GLS pared lat VD. En la tabla se muestran los resultados de aplicar los PC de -15,5% para GLS VI y -17% para GLS pared lat VD para el tratamiento del RA ? 2R. En presencia de ambas variables normales (por encima del PC en valor absoluto) se mantuvo un VPN del 94,3% para poder excluir RA ? 2R.

	Prev	Se	Esp	VPN	Acc
GLS pared lat VD 17%	77,7%	33%	78,6%	93,7%	75%

GLS VI 15,5%	75%	38,2%	76,1%	94,1%	73%
GLS VI 15,5%+GLS pared lat VD 17%	63,5%	51,5%	64,7%	94,3%	63,7%

Prevalencia, sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y precisión diagnóstica de las variables de S2D en el manejo no invasivo del RA ?2R.

Conclusiones: Este es el primer estudio multicéntrico que analiza la utilidad del S2D en el RA. En los resultados iniciales del mismo, los valores de S2D se encuentran disminuidos en pacientes con RA ? 2R y tras aplicar los PC de la cohorte original se mantiene un VPN 94,3%. Esta herramienta podría ser útil en el tratamiento no invasivo del TxC, especialmente en pacientes de bajo riesgo.