



6014-2. VALORACIÓN DEL *STRAIN* MIOCÁRDICO MEDIANTE *TISSUE-TRACKING-CMR* COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA

Rubén Fernández Galera, Iliaria Dentamaro, Xabier Cia Mendioroz, Yassin Behnalech, Filipa Valente, Guillem Casas Masnou, Gisela Teixidó Tura, Hug Cuéllar Calabria, Gemma Burcet, Laura Gutiérrez García-Moreno, Laura Galian Gay, María Isabel González del Hoyo, María Luz Servato, M. Teresa González Alujas y José Rodríguez-Palomares

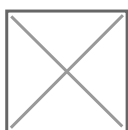
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La afectación cardiaca en la amiloidosis (CA) se encuentra en aproximadamente el 50% de los pacientes, y conlleva un peor pronóstico. El objetivo de este estudio fue evaluar el valor pronóstico del *strain* miocárdico por CMR en pacientes con CA.

Métodos: Incluimos p con ATTRwt durante un periodo de 10 años (de 2010 a 2020). Se recogieron los datos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos a partir de la historia clínica. Recogimos los antecedentes clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos. Realizamos un estudio de cardiorresonancia magnética (CMR), evaluando volúmenes ventriculares, presencia y extensión de realce tardío de gadolinio (RTG). El *strain* global longitudinal (GLS) se obtuvo mediante un *software* específico a partir de los cines de ejes largos y el circunferencial (GCS) a partir de los cines de eje corto a nivel medioventricular. Finalmente analizamos los parámetros de CMR relacionados con el evento combinado de muerte e insuficiencia cardiaca (IC) en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 98 p, con edad media de $67,5 \pm 16,9$ años. El seguimiento medio fue de $42,2 \pm 32$ meses. 22 p (24,4%) tenían amiloidosis AL, 34 p (37,8%) ATTRwt y 34 p (37,8%) ATTRm. 59p (60,8%) murieron o desarrollaron IC. Dichos pacientes tenían una menor fracción de eyección ($48,25 \pm 12,2$ vs $56,13 \pm 11,03\%$, $p = 0,003$), mayor masa miocárdica ($156,05 \pm 54,8$ g vs $120,84 \pm 56,1$ g, $p = 0,007$), más RTG ($8,6 \pm 6,8$ vs $4,4 \pm 2\%$), peor GLS ($-14,76 \pm 6,1$ vs $-18,67 \pm 6,2\%$) y GCS ($-23,3 \pm 9,7$ vs $-30,04 \pm 9,1\%$). Ambos, GLS GCS se relacionaron de forma independiente con el evento combinado tras un análisis multivariado mediante modelo de regresión de Cox, pero el GCS fue un predictor más potente de eventos en el seguimiento, por encima de otros parámetros de CMR como el RTG o la masa miocárdica ($p 0,001$). La distribución por terciles de GCS identificó subgrupos de riesgo, especialmente el tercil más alto: GCS -34%, con una tasa de eventos del 13,6%, significativamente menor que el tercil medio (41,5%) y bajo (53,8%) (\log -rank $p = 0,02$).



Mortalidad por terciles de GCS.

Conclusiones: La tasa de eventos adversos es alta en pacientes con CA es alta. El análisis del *strain* miocárdico por CMR es útil para predecir dichos eventos en el seguimiento. Especialmente, el GCS, estratifica a los pacientes en diferentes grupos de riesgo, con un valor adicional sobre los parámetros clásicos de CMR.