



4010-5. FENOTIPO ECOCARDIOGRÁFICO EN LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE CON Y SIN AMILOIDOSIS CARDIACA

María Bastos Fernández¹, Diego López Otero¹, Javier López Pais², Virginia Pubul Núñez³, Carmen Neiro Rey¹, Francisco Gude Sampredo⁴, María Álvarez Barredo¹, Violeta González Salvado¹, Carlos Peña Gil¹, Oscar Otero García¹, Pablo Tasende Rey¹, Javier Ruíz Doñate¹, Ramiro Trillo Nouche¹, M. Amparo Martínez Monzonís¹ y José Ramón González Juanatey¹

¹Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, ²Complejo Hospitalario, Ourense, ³Servicio de Medicina Nuclear, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña y ⁴Servicio de Estadística, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: EL patrón de *strain* longitudinal (SL) en la amiloidosis cardiaca (AC) típicamente preserva el ápex cardiaco, y es un hallazgo sensible y específico que puede ser utilizado para diferenciar AC de otras causas de hipertrofia ventricular izquierda (VI). Nuestro objetivo fue identificar diferencias ecocardiográficas entre la estenosis aórtica grave (EA) con AC concomitante (EA-AC) comparado con EA sola.

Métodos: Entre enero-19 y diciembre-20 incluimos prospectiva y consecutivamente pacientes con EA grave e indicación para TAVI. Previo al implante, se realizó un ecocardiograma con *strain* mediante *speckle-tracking*. Se analizaron índices derivados del *strain* aceptados para el cribado de AC: RELAPS: promedio SL apical/basal + medio. RELAPS > 1 sugiere AC, y muestra un fenotipo rojo brillante apical; SAB: SL septal apical/basal; EFSR: FEVI/GLS. Tras la TAVI, se realizó gammagrafía ⁹⁹Tc-PYP y proteinograma para cribado de AC.

Resultados: Se incluyeron 324 pacientes; edad media 81 años, 52% mujeres. 39 (12%) pacientes tuvieron captación cardiaca: 14 (4,3%) grado 1; 13 (4%) grado 2, y 11 (3,4%) grado 3. El *strain* pudo realizarse en 243, por mala ventana y restricciones covid19. La tabla muestra las diferencias ecocardiográficas entre EA sola, EA con captación grado 1 (EA-GG1) y grado 2-3 (EA-AC). Comparado con EA sola, EA-AC presentó gradientes más bajos, pero similar área valvular. El remodelado VI fue ligeramente peor (masa index VI: 202 vs 176 g/m², p = 0,032), y peor disfunción diastólica, con similar grosor de pared relativo (GPR = 0,53 vs 0,51 mm, p = 0,52). La FEVI fue similar, pero la fracción de contracción miocárdica (MCF) y MAPSE fueron peores en EA-AC. No hubo diferencias en GLS, RELAPS, SAB y EFSR. El fenotipo RELAPS > 1 fue más prevalente en EA-AC (74 vs 44%, p = 0,006) (fig. 2). El ratio masa-*strain* (RMS) fue similar. El SL de VD fue peor en EA-AC. El derrame pericárdico fue más prevalente en EA-AC (25 vs 7,4%, p = 0,013). Las variables predictoras de EA-AC concomitante fueron la edad (OR: 1,22, p = 0,014), Vmax (OR: 0,21, p = 0,007), E/A (OR: 4,5, p = 0,009), derrame pericárdico (OR: 0,22, p = 0,088) y RELAPS > 1 (OR: 0,12, p = 0,008).

Características ecocardiográficas de la EA sola, EA con captación grado 1 (EA-GG1) y grado 2-3 (EA-AC)

Parámetros ecocardiográficos	EA sola (n = 286)	EA-GG1 (n = 14)	EA-AC (n = 24)	p
Masa VI index, g/m ²	175,7 ± 46,9	174,7 ± 41,5	202,1 ± 54,3	0,032
VTDVI, ml	102,3 ± 41,8	106,9 ± 25,9	100,5 ± 33,2	0,897
GPR, mm	0,51 ± 0,13	0,53 ± 0,12	0,53 ± 0,13	0,521
Derrame pericárdico	21 (7,4%)	1 (7,1%)	6 (25%)	0,013
FEVI, %	57,8 ± 14,5	55,1 ± 15,8	53,3 ± 14,9	0,286
MAPSE, mm	11,3 ± 3	10,3 ± 2,1	9,7 ± 3	0,035
MCF	0,20 ± 0,1	0,19 ± 0,1	0,16 ± 0,05	0,041
EA BF-BG	22 (7,7%)	2 (14,3%)	6 (25%)	0,015
E/A	1,00 ± 0,56	1,5 ± 1,2	1,7 ± 1,2	0,000
TDE, ms	265,72 ± 120,3	225,1 ± 81,1	196,8 ± 76	0,021
GLS, %	-15,0 ± 4,6	-13,7 ± 4,5	-12,9 ± 3,7	0,069
RELAPS	1,01 ± 0,6	1,38 ± 2,2	1,01 ± 0,4	0,220
SAB	2,98 ± 3,7	3,5 ± 1,9	4,2 ± 5,3	0,312
EFSR	3,98 ± 0,8	4,08 ± 1,1	4,23 ± 1,4	0,436
Ratio masa-strain (RMS)	23,9 ± 16,1	24,9 ± 10,6	29,2 ± 14	0,304
RELAPS > 1	91 (44%)	3 (23,1%)	17 (73,9%)	0,006
AVAo, cm ²	0,65 ± 0,16	0,69 ± 0,17	0,68 ± 0,17	0,553

Grad max VA, mmHg	85,1 ± 22,4	78,3 ± 20,2	67,3 ± 24,3	0,001
SL pared libre VD	-26,1 ± 6,6	-23,9 ± 8,7	-21,9 ± 6,8	0,016

EA BG-BG = EA de bajo flujo-bajo gradiente; EFSR = FEVI/GLS; GPR = grosor de pared relativo; MCF = fracción de contracción miocárdica; RELAPS = SL relativo apical; SAB = SL septal apical/basal; SL = *strain* longitudinal; VTDVI = volumen telediastólico de VI.



Fenotipo de strain longitudinal de VI en la estenosis aortica (EA) sola y con amiloidosis cardiaca concomitante (EA-AC).

Conclusiones: La asociación EA grave-AC es frecuente en pacientes tratados con TAVI. El fenotipo RELAPS > 1 es más prevalente en EA-AC, pero puede estar presente en casi el 50% de la EA grave sola, lo que reduce su valor como herramienta de cribado en este contexto clínico.