



7003-15. VALOR PRONÓSTICO DE LA DETECCIÓN DE AFECCIÓN MIOCÁRDICA PRECOZ EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Andrea Fernández Valledor, Paloma Jordà Burgos, Carolina Pajuelo Ríos, Jaime Hernández, María Verónica Culotta Goudailliez, María Jesús Pinazo, Elisabeth Posada, Edel Aldasoro, Joaquim Gascón, Marta Sitges Carreño y Ana García Álvarez, del Servicio de Cardiología, Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El péptido natriurético atrial (BNP) y la valoración de la función diastólica pueden servir para detectar precozmente la afección miocárdica en la enfermedad de Chagas. Sin embargo, el impacto pronóstico de esta afección precoz no está estudiada en profundidad. Nuestro objetivo fue evaluar el valor pronóstico de la afección miocárdica precoz detectada mediante BNP y ecocardiografía en cuanto a eventos desfavorables.

Métodos: Se incluyeron 182 individuos consecutivos de forma prospectiva desde 2007 a 2014. Los pacientes con enfermedad de Chagas se clasificaron en 3 grupos: 1) forma indeterminada (serología positiva con ECG y ecocardiograma normales, $n = 88$); 2) ECG alterado, pero ecocardiograma normal ($n = 7$); y 3) afección ecocardiográfica (diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo mayor a 55 mm, fracción de eyección menor del 50% o presencia de alteraciones segmentarias, $n = 13$). Además se incluyeron 77 controles sanos de la misma área geográfica. Se consideró el evento combinado de bloqueo auriculoventricular avanzado, taquicardia ventricular, insuficiencia cardiaca, trasplante cardiaco y muerte.

Resultados: El evento se produjo en 11 pacientes (10%): 2 del grupo indeterminado; 3 del grupo con ECG alterado y 6 del grupo con alteraciones ecocardiográficas (*log rank test* $p = 0,001$, figura), sin eventos en el grupo control. En la población global, la edad, BNP, función diastólica, y el *strain* longitudinal inferior y lateral fueron predictores significativos (tabla). En la cohorte de Chagas con ecocardiograma normal (grupos 1 y 2; $n = 92$), las alteraciones ECG ($HR = 49$, $p = 0,001$), Em ($HR = 0,68$, $p = 0,03$), tiempo de desaceleración ($HR = 1,01$, $p = 0,01$), diámetro auricular ($HR = 1,24$, $p = 0,01$) y *strain* longitudinal lateral ($HR = 0,075$, $p = 0,02$) se mantuvieron significativamente asociados con el evento.

Variable	Eventos (N = 11)	No eventos (N = 171)	HR, IC95% en la p (N = 182)
Edad	44 ± 9	36 ± 8	1,09 (1,03-1,15)
Sexo (varón)	4 (36%)	58 (34%)	1,02 (0,3-3,9)

ECG patológico	7 (63%)	9 (5%)	42 (8-221)
Ecocardiografía patológica: (FEVI 50% o dtdVI > 55 mm o presencia de segmentarismos)	6 (54%)	12 (7%)	14 (4-47)
Em (m/s)	11 ± 4	15 ± 4	0,69 (0,57-0,83)
Tiempo de deceleración mitral (cm/s)	300 ± 90	216 ± 46	1,014 (1,01-1,02)
Diámetro AI (mm)	39 ± 10	29 ± 4	1,27 (1,14-1,43)
<i>Strain</i> longitudinal basal lateral	16 ± 6	20 ± 5	0,75 (0,63-0,90)
<i>Strain</i> longitudinal midventricular lateral	15 ± 3	19 ± 4	0,81 (0,70-0,94)
<i>Strain</i> longitudinal midventricular inferior	16 ± 6	20 ± 4	0,77 (0,67-0,88)
BNP (pg/ml)	92 ± 102	16 ± 15	1,013 (1,007-1,018)



Curvas de supervivencia de los diferentes grupos.

Conclusiones: La incidencia de eventos fue significativamente mayor en los pacientes con Chagas y alteraciones ECG o ecocardiográficas. La afección miocárdica precoz detectada mediante BNP o parámetros de función diastólica mediante ecocardiografía se asocia con el pronóstico, pudiendo servir para individualizar el tratamiento y seguimiento.