



4020-5. VALOR DEL *GATED* SPECT DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA Y LA GAMMAGRAFÍA CON 123-I-METAIDO-BENZIL-GUANIDINA EN LA PREDICCIÓN DE RESPUESTA A TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Guillem Casas Masnou, Jordi Pérez Rodón, Nuria Rivas Gándara, Ivo Roca Luque, Jaume Francisco Pascual, Àngel Moya i Mitjans, Santiago Aguadé Bruix y David García Dorado del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Aproximadamente un 30-40% de pacientes con indicación para terapia de resincronización cardiaca (TRC) no responden a esta terapia. El objetivo de este estudio es analizar el valor del *gated* SPECT de perfusión miocárdica (GSPM) y la gammagrafía con 123-I-metaido-benzil-guanidina (123-I-MIBG) en la predicción de respuesta a TRC.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo observacional con inclusión consecutiva de pacientes con indicación para TRC. Previamente al implante se realizó un GSPM y una gammagrafía con 123-I-MIBG y se analizó el área de activación mecánica más tardía, el porcentaje de cicatriz del VI y la ratio corazón-mediastino (RCM). Se intentó en todos los casos conseguir concordancia del electrodo, definida como el implante del electrodo del VI en el área de activación mecánica más tardía establecida con el análisis de fase del GSPM. La respuesta a TRC se definió como un aumento de FEVI $\geq$ 5% o reducción del VTSVI $\geq$ 15% a los 6 meses de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes; la edad media fue de 69 ± 11 años y el 82% fueron varones. La FEVI basal media fue de $26 \pm 6\%$. A los 6 meses de seguimiento, 58% de los pacientes respondió a TRC y se consiguió concordancia del electrodo en 69% de los casos. Los pacientes que respondieron a TRC tenían menores volúmenes ventriculares y mayor FEVI que los que no respondieron ($p < 0,05$). Cuando se consiguió concordancia del electrodo, 71% de los pacientes respondieron a TRC, mientras que cuando no se consiguió, solo 29% respondieron ($p = 0,007$). El porcentaje de cicatriz del VI fue menor en los casos que respondieron a TRC respecto los que no ($p < 0,001$). La RCM fue mayor en pacientes respondedores a TRC ($p = 0,056$). En el análisis multivariante, solo la concordancia del electrodo (OR = 51,2, IC95% 3,5-748,0, $p = 0,004$) y el porcentaje de cicatriz del VI (OR = 0,88, IC95% 0,79-0,98, $p = 0,024$) fueron predictores independientes de respuesta a TRC.



Respuesta a TRC en función de la concordancia del electrodo del VI.

Predictores univariados de respuesta a TRC

	Respuesta a la TRC (n = 32)	Ausencia de respuesta a la TRC (n = 23)	p
HTA, n (%)	26 (81)	13 (56)	0,046
DM, n (%)	21 (66)	5 (22)	0,002
ECO-DTDVI (mm)	64 ± 8	70 ± 8	0,011
SPECT-VTDVI (ml)	216 ± 85	308 ± 109	0,001
SPECT-VTSVI (ml)	155 ± 75	241 ± 98	0,001
SPECT-FEVI (%)	30 ± 7	23 ± 9	0,003
Cicatriz total VI-SPECT (%)	10 ± 10	25 ± 14	< 0,001
Concordancia, n (%)	27 (84)	11 (48)	0,007
Bandwidth (°)	128 ± 51	160 ± 49	0,024
Ratio corazón-mediastino	1,35 ± 0,33	1,26 ± 0,12	0,056

Conclusiones: La concordancia en el área de implante del electrodo del VI con el área de activación mecánica más tardía, establecida por el análisis de fase del GSPM, se puede conseguir en casi 70% de los casos y predice, junto con el porcentaje de cicatriz del VI, la respuesta a TRC.