



5031-6. AFECTACIÓN MIOCÁRDICA TRANSMURAL EN LA AMILOIDOSIS CARDIACA DESDE FASES INICIALES

Rocío Serrats López¹, Vicente Mora Llabata¹, Ildefonso Roldán Torres¹, Rosina Arbucci², Elena Romero Dorta¹, M. del Mar Pérez-Gil¹, Ricardo Callizo Gallego¹, Valentina Faga¹, Ariel Saad² y Jorge A. Lowenstein², del ¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia y ²Servicio de Cardiodiagnóstico. Investigaciones Médicas de Buenos Aires, Buenos Aires (Argentina).

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada (FE > 50%) en algunas cardiopatías está originada por la afección inicial subendocárdica exclusiva o predominante del ventrículo izquierdo (VI). En enfermedades infiltrativas como la amiloidosis cardiaca (AMLC) la afección podría ser distinta. Objetivo: cuantificar el comportamiento de los distintos parámetros que intervienen en la contractilidad del VI en la amiloidosis cardiaca (AMLC).

Métodos: Estudio comparativo de 23 pacientes con insuficiencia cardiaca y AMLC (15 pacientes con FEVI > 50% y 8 p con FEVI ? 50%) y 15 voluntarios sanos como grupo control (GCO). Analizamos con ecocardiografía *speckle-tracking* 2D los parámetros de *strain* y rotacionales del VI. El *strain* longitudinal (SL) se obtuvo a partir de planos apicales de 4, 3, y 2 cámaras. El *strain* circunferencial (SC), radial (SR) y parámetros de rotación ventricular se adquirieron a partir de planos transversales del VI. Se calculó el giro: suma de rotación apical y basal (°) y el índice de deformación (I.Def): Giro/SL (%). El I.Def es un parámetro de torsión dinámica del VI al incluir en su formulación el movimiento simultáneo de giro y acortamiento longitudinal (expresado por el SL) que se produce durante la sístole.

Resultados: No hubo diferencias de edad entre los GCO, AMLC-FEVI > 50% y AMLC-FEVI ? 50% (63,7 ± 2,8, 67,1 ± 11,5, 66,9 ± 11,5 años). En los pacientes con AMLC y FE conservada (FE > 50%) están disminuidos el SL, SC, y el SR, y de forma más acentuada en aquellos con FE reducida (FE ? 50%) (tabla). La FEVI aparece conservada en los primeros estadios de la AMLC respecto al grupo control a expensas de un aumento compensatorio en la torsión del VI expresada por el aumento del I.Def (tabla).

	FE	SL	SC	SR	Giro	I.Def
Controles (GCO) (n = 15)	68,2 ± 6,3	-20,6 ± 2,5	-22,7 ± 4,9	32,2 ± 11,9	21,7 ± 6,1	-1,0 ± 0,3
AMLC FE > 50% (n = 15)	59,5 ± 6,1 ^a	-12,6 ± 4,3 ^a	-18,1 ± 4,6 ^a	21,5 ± 7,6 ^a	20,2 ± 8,4	-1,7 ± 0,9 ^a
AMLC FE ? 50% (n = 8)	41,0 ± 7,1 ^b	-8,0 ± 2,8 ^b	-12,7 ± 2,5 ^b	10,8 ± 3,4 ^b	9,5 ± 5,9 ^b	-1,3 ± 0,8

^ap 0,01 entre GCO frente a AMLC FE > 50%. ^bp 0,01 entre AMLC FE > 50% frente a AMLC FE ? 50%.

Conclusiones: A diferencia de otras cardiopatías, en la AMLC la afección miocárdica cursa desde sus estadios iniciales con afección transmural, como refleja el descenso conjunto del SL y el SC. La FEVI permanece conservada inicialmente en p con AMLC a expensas del aumento compensatorio de la torsión, como indica el aumento del I.Def. Su posterior descenso se traduce en la aparición de disfunción sistólica del VI.