



6000-33. NUEVO ABORDAJE ECOCARDIOGRÁFICO PARA GUIAR LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Vanessa Belén Moñivas Palomero, Susana Mingo Santos, Inés García Lunar, Sofía Cuenca Parra, Fernando Domínguez Rodríguez, Víctor Castro Urda, Jorge Toquero Ramos e Ignacio Fernández Lozano del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción: La terapia de resincronización (RSC) es empleada como tratamiento de la insuficiencia cardiaca avanzada. Hasta un 30% de pacientes no alcanzan los beneficios de la RSC. La posición del electrodo de ventrículo izquierdo (VI), la disincronía y la presencia de escaras miocárdicas son los determinantes de respuesta en la terapia de resincronización cardiaca (RSC). Los segmentos con *strain* longitudinal (S long) < -9 y circunferencial (S Circ) < -11 son considerados viables según estudios previos con RMN. Nuestro objetivo fue analizar si un valor *strain* predefinido en un segmento viable donde se coloca el electrodo VI predice la efectividad de la RSC.

Métodos: Se incluyeron 28 pacientes con implante de RSC durante los años 2010 y 2011. Los ecocardiogramas se realizaron basalmente y al año del implante con un equipo IE33 de Philips. Se obtuvieron imágenes en los planos apicales 4 y 2 cámaras y en el eje corto medio. Para la evaluación de las curvas de S long y S circ, analizamos 12 segmentos individuales mediante la técnica de speckle tracking. La FEVI y los volúmenes así como los retrasos entre segmentos se obtuvieron por los métodos tradicionales.

Resultados: Edad $62,5 \pm 10,6$, 86,2% varones, anchura QRS $160,9 \pm 22$ ms, FE $27,4\% \pm 5,9$, BRI 82,6%. Etiología idiopática (77,8%)/isquémica (22,2%). La posición del electrodo de VI fue: 35,7% inferolateral, 39,3% lateral, 17,9% inferior, 7,1% anterior. El porcentaje de respondedores (RESP) ecocardiográficos fue del 54% (definidos como aumento de FEVI > 5% a 6 meses).

Resultados: La presencia de viabilidad en el segmento estimulado se asocia con la respuesta, considerando S Long mejor que -11 (sensibilidad (S) 60%, especificidad (E) 85%, valor predictivo positivo (VPP) 82%) o S Circ mejor que -11 (S 58%, E 90% VPP 87%).



Predictores de respuesta RSC

	Respondedores (n = 13)	No respondedores (n = 15)	p

FEVI (%)	27,73 ± 6,1	27,99 ± 5,2	ns
Duración del QRS (ms)	163,3 ± 19,9	156,4 ± 20,1	0,038
Cardiopatía isquémica	26,7	46,2	ns
Asincronía intraventricular DTI	56,9 ± 29,6	61,25 ± 29,2	ns
BRIHH (%)	100%	61,5	0,013
Cable en localización inferolateral	80	38,9	0,05
S Long global	-9,5 ± 2,8	-8,02 ± 2,3	ns
<i>Strain</i> Long segmento cable VI	-11,55 ± 4,1	6,65 ± 4,4	0,005
S Circ global	-12,01 ± 6,3	-9,5 ± 2	ns
<i>Strain</i> Circ segmento cable VI	-13,26 ± 4,9	7,56 ± 3,2	0,005

Conclusiones: La viabilidad preservada en el segmento donde estimula el electrodo resulta en una mayor tasa de respuesta a la terapia de RSC con una mayor presencia de remodelado inverso. Tanto el *strain* circunferencial como el *strain* longitudinal nos proporcionan la información necesaria acerca de la posición óptima del electrodo y la presencia de viabilidad miocárdica. Esta herramienta puede ser de utilidad a la hora de decidir el lugar del implante para aumentar la respuesta a esta terapia.