



6050-3. FENOTIPO ECOCARDIOGRÁFICO Y VALOR PRONÓSTICO DEL PATRÓN DE *STRAIN* CON PRESERVACIÓN RELATIVA APICAL EN LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE CON Y SIN AMILOIDOSIS CARDIACA CONCOMITANTE

María Bastos Fernández¹, Diego López Otero², Javier López Pais³, Virginia Pubul Núñez⁴, Francisco Gude Sampedro⁵, Carmen Neiro Rey¹, María Álvarez Barredo¹, Violeta González Salvado¹, Carlos Peña Gil¹, Jesús Martínón Martínez¹, Víctor Jiménez Ramos¹, Federico García-Rodeja Arias¹, Ramiro Trillo Nouche², M. Amparo Martínez Monzonís¹ y José Ramón González Juanatey²

¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. CIBERCV, ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. CIBERCV, ³Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Ourense, ⁴Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. CIBERCV y ⁵Servicio de Estadística. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: Se estima que el 15% de los pacientes con estenosis aórtica (EA) tienen amiloidosis cardiaca (AC) concomitante. El patrón de *strain* longitudinal (SL) del ventrículo izquierdo (VI) con preservación apical relativa (RELAPS > 1) se ha asociado con AC y se muestra rojo brillante en los segmentos apicales del mapa polar. Tratamos de conocer la prevalencia del RELAPS > 1 en la EA grave, con y sin AC concomitante, analizar el fenotipo ecocardiográfico subyacente y su valor pronóstico.

Métodos: Entre enero-19 y Dic-20, se incluyeron prospectiva y consecutivamente pacientes con EA grave e indicación de TAVI. Previo al implante se realizó un ecocardiograma con parámetros de deformación miocárdica mediante Speckle-Tracking. Se analizaron índices derivados del *strain* aceptados para el cribado de AC: RELAPS: SL apical promedio/SL basal+medio promedio; SAB: SL septo apical/basal; EFSR: FEVI/GLS. Tras la TAVI, se realizó gammagrafía ⁹⁹Tc-PYP y proteinograma para cribado de AC.

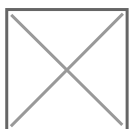
Resultados: Se incluyeron 324 pacientes; edad media 81 años, 52% mujeres. El *strain* pudo realizarse en 243 por mala ventana y restricciones de la pandemia covid19. Entre ellos, 111 (46%) tenían RELAPS > 1. No hubo diferencias clínicas entre pacientes con RELAPS 1. Entre los pacientes con RELAPS > 1 hubo con más frecuencia AC grado 2/3 en la gammagrafía (15 vs 4,5%, $p = 0,006$) (fig.). El grupo RELAPS > 1 mostró mayor remodelado hipertrófico VI. FEVI y GLS fueron similares, sin embargo, MAPSE y fracción de contracción miocárdica (MCF) fueron más bajos en RELAPS > 1, y EFSR fue significativamente mayor (4,2 vs 3,9, $p = 0,002$). El grupo RELAPS > 1 tuvo menor área valvular aórtica (0,6 vs 0,7 cm², $p = 0,045$), pero gradientes transvalvulares similares debido a menor volumen sistólico; las aurículas estaban más dilatadas con menor vaciado fraccional, y la prevalencia de fibrilación auricular fue mayor (41 vs 27%, $p = 0,03$). El tamaño del ventrículo derecho no difirió, sin embargo su función sistólica fue peor (TAPSE: 19 vs 21 mm, $p = 0,003$; SL: -24 vs -27%, $p = 0,008$). La mortalidad al año fue similar en ambos grupos (6,4 vs 6,3%, $p = 1$).

Diferencias ecocardiográficas entre los grupos RELAPS 1

	RELAPS 1 (n = 132)	RELAPS > 1 (n = 111)	p
Captación en gammagrafía			
Grado 0	116 (87,9%)	91 (82%)	0,006
Grado 1	10 (7,6%)	3 (2,7%)	
Grado 2/3	6 (4,5%)	17 (15,3%)	
Grosor del SIV diastólico, mm	14,1 ± 2,4	15,5 ± 2,8	0,000
Masa VI index, g/m ²	175,15 ± 48,6	186,7 ± 44,8	0,058
Volumen telediastólico de VI, ml	110,1 ± 44,1	90,8 ± 31,2	0,000
Grosor pared relativo (GPR), mm	0,49 ± 0,11	0,55 ± 0,13	0,000
volumen AI index, ml/m ²	55,1 ± 17,7	60,8 ± 23,7	0,035
Vaciamiento fraccional de AI, %	35,5 ± 16,9	30,6 ± 16,5	0,028
FEVI, %	55,7 ± 16	59,1 ± 13,3	0,074
MAPSE, mm	11,6 ± 3,1	10,5 ± 2,8	0,005
MCF	0,21 ± 0,07	0,18 ± 0,06	0,000
Volumen latido VI index, ml/m ²	33,1 ± 9,9	30,1 ± 8,3	0,013
Strain longitudinal global (GLS), %	-15,1 ± 5,2	-14,3 ± 3,7	0,197
EFSR (FEVI/GLS)	3,84 ± 0,87	4,22 ± 0,88	0,001
Área valvular aórtica (AVA), cm ²	0,66 ± 0,15	0,62 ± 0,17	0,045

Vmax transvalvular, m/s	4,5 ± 0,6	4,6 ± 0,7	0,302
Grosor VD	6,1 ± 1,8	6,6 ± 2,5	0,371
Diámetro telediastólico basal de VD, mm	37,9 ± 7,1	36,9 ± 6,4	0,246
TAPSE, mm	21,3 ± 4,7	19,4 ± 4,8	0,003
SL de la pared libre de VD	-26,7 ± 7,1	-24,3 ± 6,3	0,008

SIV = septum interventricular; VI = ventrículo izquierdo; AI = aurícula izquierda; FEVI = fracción de eyección de VI; MCF = fracción de contracción miocárdica; VD = ventrículo derecho; SL = *strain* longitudinal.



Características morfológicas cardíacas según el patrón de strain longitudinal de VI (RELAPS 1).

Conclusiones: En la EA grave, el patrón RELAPS > 1 se mostró en casi la mitad de los pacientes. Se asoció a peor remodelado cardíaco, así como mayor prevalencia de FA. Sin embargo, no presentó mayor mortalidad. 1 de cada 7 pacientes con EA y RELAPS > 1 tienen AC grado 2/3 concomitante.