



3. UTILIDAD DEL *STRAIN* DE AURÍCULA IZQUIERDA PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON ITQB

Víctor Manuel Juárez Olmos¹, Jesús Saldaña García¹, Cristina Contreras Lorenzo¹, Eduardo Bórquez Núñez¹, Lucía Cobarro Gálvez¹, Ricardo Martínez González¹, Andrea Severo Sánchez¹, Borja Rivero Santana¹, Emilio Arbas Redondo¹, Silvia Valbuena López¹, Patricia Baltasar Tello², Irene Sánchez Vadillo², Víctor Jiménez Yuste², José Raúl Moreno Gómez¹ y Teresa López-Fernández¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España y ²Servicio de Hematología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los inhibidores de la tirosina quinasa de Bruton (iTQB) han cambiado el paradigma del tratamiento de la leucemia linfática crónica (LLC) y algunos otros linfomas. Sin embargo, vienen acompañados de un aumento en el riesgo de eventos cardiovasculares (CV) como fibrilación auricular (FA), hipertensión (HTA), insuficiencia cardíaca y sangrados. Por ello las guías de cardió-oncología recomiendan la estratificación del riesgo CV con ecocardiograma antes de iniciar la terapia. Así mismo recomiendan la medición regular de la TA y el cribado oportunista de FA. El aumento del tamaño de la aurícula izquierda es un predictor de la aparición de FA durante el tratamiento, pero no existe apenas evidencia sobre la utilidad del *strain* auricular. El propósito de este estudio es evaluar el valor predictivo del *strain* de aurícula izquierda (SAI) sobre la aparición de FA.

Métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de pacientes con LLC y linfoma del manto tratados con iTQB (ibrutinib y acalabrutinib) entre 2016 y 2022. Se recogieron los datos basales clínicos y ecocardiográficos, así como eventos posteriores. Paquete STATA/IC 15.1.

Resultados: La cohorte incluye 75 pacientes, 60 tratados con ibrutinib y 15 con acalabrutinib durante una media de seguimiento de 43,4 meses. El 14,7% del total presentaron durante el seguimiento FA aguda (Incluye FA *de novo* o recaída en FA). La presencia de HTA y FA previa fue más frecuente en el grupo que presentó FA aguda. Se observaron diferencias significativas entre las medias del volumen auricular izquierdo indexado (VAIi) y del *strain* de aurícula izquierda (SAI) entre ambos grupos. El análisis de la curva ROC de ambas medidas sugiere que el SAI pueda ser mejor predictor que el volumen auricular (AUC 0,87 vs 0,75; figura). En nuestra serie, un punto de corte para el SAI establecido en 29% (normal: 38-46%) ofrece una sensibilidad del 100% para el diagnóstico de FA aguda (especificidad 60%).

Características basales de la muestra

Total	FA aguda	No FA aguda	p
-------	----------	-------------	---

Pacientes	75	11	64	
Edad media (años)	74,4	77,6	74,9	0,21
Sexo (mujer)	39%	27%	41%	0,4
Riesgo cardiovascular				
Hipertensión	59%	100%	52%	0,003
Diabetes mellitus	24%	9%	27%	0,21
Dislipemia	52%	73%	48%	0,14
Tabaquismo	12%	0%	14%	0,18
FA previa	5%	18%	3%	0,04
Análisis de la aurícula izquierda				
Volumen medio (ml/m ²)	30,3	40,5	28,5	0,002
<i>Strain</i> medio	31,7%	18,4%	34,4%	0,001

FA: fibrilación auricular.



Curva ROC mostrando de forma gráfica el valor predictivo del strain de aurícula izquierda (LASr) vs el volumen indexado de aurícula izquierda (LAVI). El punto negro representa el valor estadístico de máxima especificidad y sensibilidad de la curva (23,5%).

Conclusiones: Por tanto, en nuestra cohorte, el aumento del VAIi y la reducción del SAI se relaciona con la aparición de FA aguda. Además, observamos que el SAI es mejor predictor del riesgo de FA aguda, pudiéndose establecer un punto de corte en 29% que incluya todos los pacientes que desarrollaron FA aguda en un seguimiento medio de 43 meses. Pacientes con valores por debajo del 29% se habrían beneficiado del cribado oportunista de FA, el resto no.