Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 199

Revista Española de Cardiología

6106-8. *STRAIN* AURICULAR EN PACIENTES ADULTOS CON D-TGA Y CORRECCIÓN ANATÓMICA ¿SE RELACIONA CON LA CAPACIDAD DE ESFUERZO?

Borja Guerrero Cervera, Valero Vicente Soriano Alfonso, Francisco Buendía Fuentes, María Rodríguez Serrano, Ana M. Osa Sáez, María Calvo Asensio, Luis Martínez Dolz y Joaquín Rueda Soriano

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La corrección anatómica (*switch arterial*) es la cirugía de elección en pacientes con dextrotrasposición de las grandes arterias (D-TGA). A pesar de conseguir una corrección anatómica, se ha descrito cierto grado de disfunción ventricular izquierda subclínica en estos pacientes. El objetivo de este trabajo es evaluar la capacidad de esfuerzo valorada mediante prueba de esfuerzo con consumo de oxígeno (ergoespirometría), y su relación con parámetros ecocardiográficos, incluyendo estudio del *strain* auricular izquierdo y longitudinal ventricular (SLG-VI).

Métodos: Estudio unicéntrico y retrospectivo. Se analizaron los datos de una cohorte de 64 pacientes con D-TGA tanto simple (sin asociar otra cardiopatía o con CIA) como compleja (D-TGA más otra cardiopatía congénita, excepto CIA) corregidos mediante *switch arterial*, estudiados con ecocardiografía y ergoespirometría.

Resultados: Se incluyeron 64 pacientes, con una edad media de 24,9 años y un 70,3% de hombres. El 98,4% de los pacientes se encontraba en clase NYHA I en el momento de la ergoespirometría. Un 75% tenían una D-TGA simple y un 25% una D-TGA compleja: 9 asociaban comunicación interventricular (CIV), 3 CIV + coartación de aorta (CoAo), 1 CoAo solo, 1 CIV + obstrucción TSVI, 1 estenosis valvular pulmonar congénita y 1 estenosis valvular pulmonar congénita + CIV. En cuanto a los resultados de la ergoespirometría, el RER medio fue de 1,14, alcanzaron 171 lpm de media durante la prueba lo que supone un 87,9% de la frecuencia cardiaca máxima, con una TA sistólica pico de 170 mmHg de media y un VO2 máx de 29,3 mL/kg/min y un pulso de O2 de 11,23 mL lo que representa un 72,7% y un 74,4% respecto a la población de referencia. Su reserva ventilatoria fue de un 45% de media y la VE/VCO2 de 29,4. Ningún parámetro ecocardiográfico se correlacionó con la capacidad de esfuerzo, salvo una asociación entre el pulso de O2 (estimado en porcentaje del predicho) con el *strain* longitudinal ventricular izquierdo y TAPSE.

Correlaciones univariado

		FEVI Biplano	Strain AI Reservorio	Strain AI Conducción	Strain AI Contracción	Volumen máximo AI (4C)	FEVI 3D	Strain VI	TAPSE
VO2 máx	Correlación “r”	0,181	-0,179	0,116	0,165	0,133	-0,067	-0,073	0,117
p-valor	0,315	0,156	0,363	0,193	0,341	0,619	0,573	0,383	
VO2 máx porcentaje	Correlación “r”	-0,094	-0,169	0,180	0,058	0,073	-0,29	-0,091	0,123
p-valor	0,602	0,182	0,155	0,647	0,605	0,829	0,480	0,357	
Pulso O2	Correlación “r”	0,193	-0,026	-0,048	0,111	0,585	0,094	-0,211	0,319
p-valor	0,282	0,840	0,708	0,383	0,112	0,487	0,100	**0,015**	
Pulso O2 porcentaje	Correlación “r”	0,154	0,062	-0,095	0,015	0,054	0,046	**-0,285**	**0,309**
p-valor	0,391	0,629	0,455	0,909	0,315	0,733	**0,025**	**0,018**	
VE/VCO2	Correlación “r”	0,159	-0,023	0,086	-0,072	0,176	-0,105	-0,022	0,022
p-valor	0,377	0,858	0,499	0,572	0,208	0,437	0,867	0,872	

Conclusiones: Los pacientes adultos con D-TGA con corrección anatómica presentan una capacidad de ejercicio levemente disminuida respecto a la población general. Se objetivó una asociación entre el pulso de oxígeno (porcentaje del predicho) y el *strain* longitudinal del VI y el TAPSE. No se encontró relación con el *strain* auricular.