



Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



P001 - RELACIÓN ENTRE LA DISTRIBUCIÓN DE LA CAPTACIÓN DE DIFOSFONATO Y LA CONTRACTILIDAD MIOCÁRDICA EN LA AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA

Lorena Triana Santamaría Chico, Karina E. Velásquez Díaz, Mercedes Mitjavila Casanovas, Pedro M. Soares Meneses, Irina Obedkova, Alejandra Grajeda Gallardo, Ignacio Garrido Solesio, Vanesa B. Moñivas Palomero, Andrés Sánchez Gómez y Francisco Javier de Haro del Moral

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España.

Resumen

Introducción: La amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR) es una enfermedad del miocardio causada por el depósito de fibrillas alteradas de transtirretina, ya sea de forma natural (WT) o hereditaria (V). En las últimas décadas se ha visto que los difosfonatos marcados con ^{99m}Tc se unen a estos depósitos de proteínas de tal forma que la gammagrafía nos permite su diagnóstico. Sin embargo, todavía no conocemos el papel de la captación del difosfonato en la cuantificación de la carga de amiloide miocárdico. En este estudio se pretende valorar la distribución del depósito en los diferentes segmentos y su relación con las alteraciones de la contractilidad miocárdica.

Material y métodos: Se han estudiado 24 pacientes (22 hombres y 2 mujeres) con edades comprendidas entre 60 y 92 años (media 77,58), diagnosticados de ATTR, que presentaban un grado 3 de Perugini en la gammagrafía cardiaca. Aprovechando la intensa captación miocárdica, se ha realizado un G-SPECT para obtener un mapa polar de la distribución de la captación en los 13 segmentos en los que se divide el miocardio, y se ha comparado con las alteraciones evidenciadas en el ecocardiograma.

Resultados: La máxima captación en el G-SPECT se ha observado en los segmentos 3 (basal inferoseptal) (92-100%) y 9 (medial inferoseptal) (79-100%). También se ha observado una intensa captación en los segmentos 2 (basal anteroseptal) y 8 (medial anteroseptal). El segmento con menor captación es el 12 (medial anterolateral) (0-75%) y en algunos pacientes los segmentos 1, 5, 6, 7, 10, 11 y 12 no muestran captación. En cuanto al acortamiento, el segmento en el que la contractilidad miocárdica está más conservada es el apical, viéndose afectada en diferente medida en los otros segmentos. Por el contrario, el depósito en el ápex es muy variable (entre el 6 y el 87%).

Conclusiones: La mayoría de pacientes muestra una mayor captación de difosfonato en la cara septal, y el grado de captación no se correlaciona con la alteración de la contractilidad miocárdica.