

## SOBRECARGA DE HIERRO A NIVEL CARDIACO Y HEPÁTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO Y ALTOS REQUERIMIENTOS TRANSFUSIONALES

B. Arrizabalaga<sup>1</sup>, I. Etxeguren<sup>1</sup>, P. Aragües<sup>1</sup>, S. Erkiaga<sup>1</sup>, B. Cantelli<sup>1</sup>, A. Urresola<sup>1</sup>, A. Villegas<sup>2</sup>, A.F. González<sup>2</sup>, F. Matute<sup>3</sup>  
 Servicio de Hematología. <sup>1</sup>Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo (Bizkaia). <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Grupo Español de Eritropatología

**Introducción:** La primera causa de mortalidad en pacientes con anemias congénitas que requieren transfusiones periódicas (Talasemia Maior...) es la insuficiencia cardíaca por depósito de Fe en miocardio. A principios de esta década, se valida por un grupo de expertos en Resonancia Magnética cardíaca la determinación de un "tiempo" medido en milisegundos que se conoce como T2\*, que representa un parámetro de alta correlación con la concentración de Fe en corazón (Anderson LJ. *European Heart Journal*. 2001; 22: 2171). Todos los pacientes con disfunción cardíaca presentan un T2\* menor de 20 mseg (Berdoukas V. *Hematologica*. 2005; 90: 685). En los SMD de bajo riesgo la dependencia transfusional y el incremento de ferritina son factores asociados a menor supervivencia pero la implicación que tiene la sobrecarga de Fe cardíaca y su valoración por T2\* es un tema pendiente de definir (Di Tucci AA. *Haematologica*. 2008; 93: 1385).

**Objetivo:** Valorar por Resonancia Magnética, en pacientes con SMD de riesgo bajo y alta carga transfusional (> 10 gr de Fe = 50 C. Hematías): 1. Sobrecarga de Fe cardíaco. 2. Concentración de Fe hepático.

**Métodos:** Estudio observacional en 11 pacientes diagnosticados de SMD bajo riesgo (IPSS 0/I) que han recibido al menos 50 C. Hematías a los cuales se les practica:

a) Resonancia Magnética cardíaca para medición de T2\* según procedimiento validado. b) Resonancia Magnética hepática, para valorar la concentración de Fe según programa Universidad Rennes.

Se registra: Edad, C.H. recibidos, tiempo en fase transfusional, ferritina e I. Saturación transferrina

**Resultados:** ver Tabla:

Tabla					
ABRIL 2011	Fase transfusional (meses)	nº CH / gr. Fe	Ferritina (ng/ml) I.Sat.> 70%	Fe hepático (VN < 2 mg/gr)	Fe cardíaco (VN > 20 mseg.)
Paciente 1 (74 años)	103	194 / 39	953	9,6	24
Paciente 2 (76 años)	94	242 / 48	4095	18,75	28
Paciente 3 (63 años)	17	62 / 12	3741	19,88	25
Paciente 4 (75 años)	58	155 / 31	837	5,11	27
Paciente 5 (81 años)	46	54 / 11	1403	>19,88	27
Paciente 6 (79 años)	72	78 / 16	1140	14,5	29
Paciente 7 (87 años)	98	62 / 12	1295	17,9	40
Paciente 8 (84 años)	68	171 / 34	1530	11,2	28
Paciente 9 (83 años)	88	85 / 17	5235	19,6	40
Paciente 10 (81 años)	87	112 / 22	5130	19,6	57
Paciente 11 (79 años)	26	99 / 20	1100	19	19

**Conclusiones:** 1. Todos los pacientes presentan severa sobrecarga de Fe en hígado que correlaciona bien con los altos niveles de ferritina. 2. Un único paciente (9%) presenta T2\* disminuido, lo que implica depósito de Fe a nivel de daño miocárdico, por lo tanto el papel de la sobrecarga de Fe como factor de comorbilidad en la cardiopatía que con frecuencia presentan los SMD politransfundidos permanece incierta.