



10. ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON REGADENOSÓN: EL CAMINO CONTINUÚA

Marta Fernández Galindo, José Antonio García Robles, Miguel Soroa Ortuño, M^a Carmen Jiménez López-Guarch, Cecilia Corros Vicente, Violeta Sánchez Sánchez, Fernando Arribas Ynsaurriaga y Jorge Solís

Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años, el uso de regadenosón se ha expandido por su excelente perfil de seguridad como vasodilatador coronario selectivo, la necesidad de alternativa al dipiridamol y datos de aceptable precisión diagnóstica. Nuestro objetivo fue valorar la utilidad pronóstica del ecocardiograma de estrés con regadenosón (EER) mediante el seguimiento de los pacientes sometidos al procedimiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, se incluyeron 126 pacientes consecutivos que se realizaron EER durante los años 2017-2020 para estudio de detección de isquemia miocárdica. Se valoró como prueba positiva la aparición de alteraciones de la contracción segmentaria, cambios electrocardiográficos y/o clínica de isquemia. Para valorar el pronóstico, se realizó un seguimiento durante una mediana de 46 meses y se consideró la presencia de eventos cardiovasculares (CV): ingreso por insuficiencia cardiaca (IC), ángor, infarto de miocardio (IAM), ictus o muerte CV. Se compararon el grupo con resultado negativo (GN) y el grupo positivo (GP).

Resultados: El 15% de los estudios fueron positivos. Se realizó coronariografía en 11 pacientes (58%), encontrándose estenosis significativas en 8 de ellos (70%). En el GN, de los 10 pacientes sometidos a coronariografía (2 casos por IAM, 1 por cardiopatía de estrés, el resto prequirúrgico), únicamente uno de los casos presentaba lesión subsidiaria de revascularización. Respecto a los eventos CV durante el seguimiento, el más frecuente fue la insuficiencia cardiaca (4 pacientes adicionales) obedeciendo a una causa secundaria de descompensación (principalmente la infecciosa), seguido de un evento adicional de IAM en el grupo positivo en donde no se llegó a realizar coronariografía al tratarse de un paciente frágil. En el caso de muerte CV en el GP, el paciente ingresó en situación de *shock* cardiogénico secundario a isquemia, con lesiones que no eran subsidiarias de revascularización.

Resultados

Total (n = 126)	Grupo negativo (n = 107)	Grupo positivo (n = 19)	p
-----------------	--------------------------	-------------------------	---

Características

Edad	71 ± 10	71 ± 11	74 ± 8	0,079
Género (varón)	72 (57%)	57 (53%)	15 (79%)	0,037
HTA	102 (82%)	86 (80%)	16 (84%)	0,87
Tabaquismo	67 (58%)	57 (57%)	10 (67%)	0,48
AP cardiopatía isquémica	33 (27%)	26 (25%)	7 (39%)	0,20
Coronariografía	20 (16%)	10 (9%)	11 (58%)	0,001
Tiempo seguimiento (meses, mediana)	46 [34-48]	45 [34,00, 48,00]	47 [29,00, 48,00]	0,44
Eventos CV	19 (15%)	12 (11%)	7 (36%)	0,14
Eventos CV primer año	16 (84%)	12 (100%)	4 (57%)	0,76
Tiempo al evento (días, mediana)	206,00 [40,00, 330]	208,00 (90,00, 300,00)	180,00 (40,00, 360,00)	0,89
IC	12 (9%)	10 (9%)	2 (11%)	0,31
Ángor	1 (1%)	0	1 (5%)	0,09
IAM	3 (2%)	2 (2%)	1 (5%)	0,37
Ictus	2 (2%)	0	2 (2%)	0,55
Muerte CV	1 (1%)	0	1 (11%)	0,09
Incidencia acumulada				
Anual	12%	11%	21%	0,41

A los 3 años	15%	13%	26%	0,25
--------------	-----	-----	-----	------

HTA: hipertensión arterial; AP: antecedentes personales; CV: cardiovascular; IC: insuficiencia cardiaca; IAM: infarto agudo de miocardio; IA: incidencia acumulada.

Conclusiones: La positividad del EER conlleva una alta tasa de estenosis coronarias subsidiarias de revascularización comparada con los estudios negativos. Tras 24 meses adicionales de seguimiento, se mantiene dentro del GP la mayoría de eventos CV comparado con el GN.