



Revista Española de Cardiología (English Edition)

<http://www.revespcardiol.org>



6032-10 - COLATERALIDAD EN EL IAM EVOLUCIONADO: UN NUEVO PREDICTOR DE VIABILIDAD

Dolores Cañadas Pruaño¹, William Delgado Nava¹, Miguel Alba Sánchez², Enrique Díaz Retamino², Sergio Gamaza Chulián², Livia Gheorghe², Ricardo Zayas Rueda¹, Germán Calle Pérez¹ y Alejandro Gutiérrez Barrios¹

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Resumen

Introducción y objetivos: Los predictores de viabilidad en el IAM evolucionado (IAME) tienen implicaciones relevantes en cuanto a tratamiento y pronóstico. El papel de la circulación colateral (CC) en el IAME no ha sido aclarado hasta la fecha siendo el objetivo de nuestro estudio determinar si CC se relaciona con la viabilidad en infartos miocárdicos evolucionados > 24 horas (IAME).

Métodos: Estudio multicéntrico ambispecivo de cohortes. De 2008 a 2019 se incluyeron 167 pacientes con IAME > 24h y oclusión trombótica (TIMI 0) de vaso principal. La CC se clasificó de manera ciega por dos cardiólogos según la clasificación RENTROP y se dicotomizaron a pobre CC (PCC, grados RENTROP 0 y 1) y buena CC (BCC, grados RENTROP 2 y 3). Se realizó ecocardiograma transtorácico (ETT) basal para valoración de la FEVI y alteraciones de la contractilidad. Además, 19 pacientes fueron seguidos prospectivamente y el Wall motion score (WMS) fue calculado para los 17 segmentos ventriculares basal y 3-6 meses por dos cardiólogos de modo ciego. La viabilidad se analizó mediante ETT, ETT de estrés, SPECT miocárdico o resonancia magnética cardiaca.

Resultados: De los 167 pacientes un 54% tenían BCC y un 46% PCC. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos (tabla). El éxito de la revascularización se consiguió en un 75%. El grupo BCC tenían mejor FEVI ($54,2 \pm 9$ vs $47,9 \pm 12$, $p < 0,01$), menos trastornos graves de la contractilidad ($16,4$ vs $41,4\%$, $p < 0,01$) y se observó una tendencia a mayor incremento en el WMS en el seguimiento ($0,2 \pm 0,2$ vs $0,07 \pm 0,2$, $p = 0,2$). La viabilidad se confirmó en el 78,4% de los pacientes. En el análisis multivariado la BCC desarrollada precozmente resultó ser el único factor independiente de viabilidad (OR 3,77, IC95% (1,67 -8,5), $p = 0,001$). La concordancia interobservador para la categorización de la CC ($k = 0,88$) y para el WMS ($r = 0,99$, $p = 0,001$) fueron excelentes.

Características de ambos grupos

	Todos (n = 167)	BCC (n = 91, 54%)	PCC (n = 76, 46%)	p
Edad, años	62,22 ± 11,9	62,54 ± 11,6	61,77 ± 12,5	0,6
Varón, n (%)	134 (80,2)	78 (80,4)	56 (80)	1
Diabetes, n (%)	59 (35)	30 (31)	29 (41)	0,19

Dislipemia, n (%)	84 (50,3)	52 (53,6)	32 (45,7)	0,35
Tabaquismo, n (%)	105 (63)	62 (64)	43 (61,4)	0,75
IAM previo, n (%)	14 (8,5)	8 (8,5)	6 (8,6)	1
Tiempo de evolución, días \pm DE	8,1 \pm 8	7,7 \pm 8,5	9,7 \pm 8,5	0,4
Fibrinólisis, n (%)	12 (8,2)	6 (6,8)	6 (10,2)	0,5
Revascularización lesión culpable, n (%)	130 (77,8)	78 (80,4)	52 (74,3)	0,3
Revascularización completa, n (%)	118 (70,7)	70 (70,2)	48 (68,6)	0,7

BCC: buena circulación colateral; PCC: pobre circulación colateral.

Conclusiones: La presencia de circulación colateral precoz resultó ser el único predictor independiente de viabilidad miocárdica en el territorio ocluido. Estos pacientes podrían beneficiarse de una revascularización incluso tardía.