



6030-12. DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y DERECHO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST INFERIOR REVASCULARIZADO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Elene Sáez de Buruaga Corrales, Raquel Soria Navarro, Elena Virosta Gil, Sara González de Alaiza Ortega, Irene Juanes Domínguez, María Garrido Uriarte, Ángela Alonso Miñambres, Olatz Zaldúa Irastorza, Fernando Ereño Beroiz, Mercedes Sanz Sánchez y Ángel M. Alonso Gómez

Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Araba.

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio de la deformación miocárdica permite cuantificar parámetros de función sistólica que permiten definir disfunción antes de los parámetros clásicos. El objetivo de este trabajo es estudiar la factibilidad de la técnica en estudios retrospectivos y evaluar la frecuencia de disfunción sistólica definida por estos parámetros en ambos ventrículos; ventrículo izquierdo (VI) y ventrículo derecho (VD).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos diagnosticados de síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) inferior y revascularizados por angioplastia primaria en el año 2019. Se obtuvo la fracción de eyección ecocardiográfica por el método de Simpson (FEVI) y un índice de motilidad regional (IMR) que vario de 16-64. Los parámetros de deformación miocárdica fueron medidos por ecocardiografía *speckle-tracking* bidimensional (2DSTE) utilizando un *software* específico. El *strain* longitudinal del ventrículo derecho se calculó en pared libre (SLVD-PL) y global (SLVD-G). Se analiza el *strain* longitudinal global del VI (SLGVI) como el promedio del *strain* obtenido en los 3 planos apicales.

Resultados: 56 pacientes de edad media 62 ± 14 años, de los cuales 43 (65%) fueron varones, con diagnóstico de SCACEST inferior (TnI ultrasensible: $53,772 \pm 66,831$), y tratados con angioplastia primaria disponían de un estudio ecocardiográfico a los 3 (2-4) días. La FEVI (%) media fue de 53 ± 6 , el IMR de $19,7 \pm 3$, SLGVI de $-15,9 \pm 3$ y SLVD-PL de $-17,3 \pm 4$. El SLGVI se pudo calcular en el 84% de los pacientes y el SLVD-PL en el 70%. El SLGVI se correlacionó con la FEVI ($-0,378$, $p: 0,009$) y con SLVD-PL ($0,553$, $p: 0,001$) pero no con el IMR. El IMR se correlacionó con la FEVI ($-0,428$, $p: 0,001$). La proporción de pacientes con SLGVI $\geq -17\%$ fue del 72% y del 46% en aquellos con SLVD-PL $\geq -17\%$. En la tabla se indica la distribución del SLGVI y SLVD-PL según que la FEVI fuera $\geq 50\%$, así como la proporción de pacientes con *strain* patológicos del VI y del VD.

Fracción eyección

Fracción eyección

p

VI $\geq 50\%$

VI $< 50\%$

<i>Strain</i> longitudinal global del VI	-14,3 ± 3	-15,7 ± 3	0,115
<i>Strain</i> longitudinal global del VD-Pared libre	-14,9 ± 4	-19,4 ± 4	0,002
% pacientes SLGVI ? -17%	87%	13%	0,175
% pacientes SLGVI >-17%	66%	34%	
% pacientes con SLVD-PL ? -17%	67%	33%	0,090
% pacientes con SLVD-PL >-17%	35%	65%	

Conclusiones: El estudio de la deformación miocárdica permitió establecer disfunción sistólica del VI y del VD en una proporción importante de pacientes. La disfunción sistólica de ambos ventrículos es más acentuada el subgrupo con FEVI reducida. La reducida factibilidad del cálculo del *strain* del VD, indica la necesidad de obtener de forma prospectiva planos ecocardiográficos más específicos.