Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 850

Revista Española de Cardiología

# 4. LA PARADOJA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL TEJIDO ADIPOSO EPICÁRDICO, TAMAÑO DEL INFARTO Y REMODELADO VENTRICULAR TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: ESTUDIO CON RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA

Héctor Merenciano González[1], José Gavara Doñate[2], Víctor Marcos Garcés[1], Tamara Molina García[3], Jordi Llopis Lorente[4], Mª Pilar López Lereu[5], José Vicente Monmeneu Menadas[5], Nerea Pérez Solé[3], César Ríos Navarro[3], Elena de Dios Lluch[3], Ana Gabaldón Pérez[1], Diego Iraola Viana[1], David Moratal Pérez[2], Francisco Javier Chorro Gascó[1] y Vicente Bodí Peris[1]

[1]Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, [2]Centro de Biomateriales e Ingeniería Tisular. Universidad Politécnica de Valencia, Valencia, España, [3]Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia, España, [4]Facultad de Medicina. Universitat de València, Valencia, España y [5]Unidad de Resonancia Magnética Cardiaca. ERESA, Valencia, España.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** El tejido adiposo epicárdico (TAE) ha emergido como un predictor de ateroesclerosis, enfermedad coronaria y eventos cardiovasculares adversos. Sin embargo, su significado tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) en la fase aguda y su asociación con el remodelado ventricular izquierdo postinfarto no se ha aclarado.

**Métodos:** Se incluyó a 255 pacientes con IAMEST anterior. Se realizó una resonancia magnética cardiaca (RMC) en la 1ª semana tras el IAMEST a todos los pacientes y una RMC a los 6 meses en 195 de ellos. Se cuantificó el volumen de TAE (ml/$m^2$), volúmenes indexados telediastólico y telesistólico del ventrículo izquierdo (VTDVIi y VTSVIi, ml/$m^2$), fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI, %), tamaño del infarto (TI, % de masa VI) y obstrucción microvascular (OMV, % de masa VI). Se categorizó a los pacientes como TAE extenso (> 35 ml/$m^2$) y no extenso (? 35 ml/$m^2$) según el tercil superior de la muestra. Se realizó un análisis específico en los pacientes con TI extenso (> 30% de masa VI).

**Resultados:** Los pacientes con TAE extenso tenían más edad (62 ± 12 vs 57 ± 13 años, p = 0,004), mayor prevalencia de diabetes mellitus (31 vs 16%, p = 0,007) y un peor perfil de riesgo basal (GRACE score 138 ± 37 vs 126 ± 36, p = 0,02). En la RMC precoz, los pacientes con TAE > 35 ml/$m^2$ mostraban TI más extenso (31 ± 17 vs 24 ± 16%, p = 0,001), más OMV y mayor edema miocárdico. El TAE se asoció de manera independiente con el TI (coeficiente ? estandarizado = 0,30, p 35 ml/$m^2$ presentaron menor dilatación ventricular (VTDVIi 90 ± 26 vs 111 ± 40, p = 0,011; VTSVIi 51 ± 26 vs 72 ± 36, p = 0,009) y mayor FEVI (46 ± 13 vs 38 ± 10, p = 0,007) en la RMC de seguimiento. A los 6 meses, en una población emparejada por puntaje de propensión (n = 170, 85 con TAE extenso y 85 sin TAE extenso), el TAE se asoció de manera independiente con mayor FEVI y menor dilatación de VTDVIi y VTSVIi solo en la población con TI extenso (p 0,05 para todas las comparaciones).

*Remodelado ventricular a los 6 meses en pacientes con infarto no extenso e infarto extenso.*

**Conclusiones:** El TAE presenta un efecto bimodal en pacientes con IAMEST anterior. El TAE extenso se asocia con mayor tamaño del infarto en fase aguda, pero en aquellos pacientes con infarto extenso, los que presentan mayor cantidad de TAE tienen un menor remodelado adverso en el seguimiento, una paradoja que debe ser investigada.