



6. ESTRATEGIA INVASIVA, CONSERVADORA O GUIADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA DE ESTRÉS PARA LA REVASCULARIZACIÓN DE LA ARTERIA NO CULPABLE EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Diego Iraola Viana¹, Víctor Marcos Garcés¹, Héctor Merenciano González¹, José Gavara Doñate², José Vicente Monmeneu Menadas³, M^a Pilar López Lereu³, Nerea Pérez², César Ríos Navarro², Elena de Dios Lluch⁴, Joaquim Cànoves Femenia¹, David Moratal Pérez⁵, Gema Miñana Escrivà¹, Julio Núñez Villota¹, Francisco Javier Chorro Gascó¹ y Vicente Bodí Peris¹

¹Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ²Cardiología. Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia, España, ³Unidad de Resonancia Magnética Nuclear, ASCIRES. Centro Médico ERESA, Valencia, España, ⁴Cardiología. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares CIBER-CV, Madrid, España y ⁵Centro de Biomateriales e Ingeniería del Tejido. Universidad Politécnica de Valencia, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Se pretende estudiar las implicaciones pronósticas en práctica clínica habitual de 3 estrategias diferentes (invasiva, conservadora y guiada por resonancia magnética cardíaca de estrés, RMC-E) para el manejo de la enfermedad coronaria no culpable (ECNC) en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST).

Métodos: Se incluyó a pacientes con IAMCEST reperfundido mediante angioplastia primaria en un registro prospectivo observacional. La ECNC se definió como la presencia de estenosis $\geq 50\%$ en al menos una arteria coronaria no culpable en la coronariografía primaria. Se definieron 3 estrategias de manejo: invasivo (Grupo 1) si la ECNC se revascularizó durante el procedimiento índice o durante el primer mes tras este; guiada por RMC-E (Grupo 2) si se llevó a cabo una RMC-E durante el primer mes tras el IAMCEST; y conservador (Grupo 3) si no se realizó ni RMC-E ni revascularización de la ECNC en el primer mes. Se registraron las características clínicas, ecocardiográficas y angiográficas y se compararon entre los grupos. Se definió un objetivo combinado de eventos adversos cardiovasculares mayores (4P-MACE), incluyendo: muerte cardiovascular (MCV), infarto de miocardio no fatal (IAM-NF), reingreso por insuficiencia cardíaca (IC) e ictus no fatal. Se realizó un análisis con regresión de Cox multivariada.

Resultados: Se incluyó a 227 pacientes: 40 (17,6%) en el Grupo 1, 77 (33,9%) en el Grupo 2 y 110 (48,5%) en el Grupo 3. En la mayoría de pacientes en el Grupo 3 se realizó una RMC-E en > 1 mes ($n = 63$, 57,3%). Solo el 41,6% ($n = 32$) del Grupo 2 y el 31,7% ($n = 20$) del Grupo 3 presentó isquemia residual en la RMC-E. Durante una mediana de seguimiento de 6,15 [1,56-9,79] años, se registraron 77 (33,9%) 4P-MACE. Los únicos predictores independientes de 4P-MACE fueron la escala de riesgo TIMI (HR 1,14 [1,04-1,26] por punto, $p = 0,004$) y las estrategias de manejo. Comparado con la estrategia invasiva (Grupo 1), la estrategia basada en RMC-E (Grupo 2, HR 0,37 [0,19-0,71], $p = 0,003$) y el manejo conservador (Grupo 3, HR 0,57 [0,33-0,97], $p = 0,04$) se asociaron con menor tasa de 4P-MACE en el seguimiento a largo plazo.



Análisis de supervivencia libre de eventos 4P-MACE.

Conclusiones: En el manejo de la ECNC en pacientes con IAMCEST, una estrategia conservadora y/o guiada por RMC-E parece segura en práctica clínica habitual y se asocia con una menor tasa de eventos 4P-MACE en el seguimiento a largo plazo en comparación con una estrategia invasiva.