



4048-3. VALOR DEL *STRAIN* GLOBAL LONGITUDINAL EN LA PREDICCIÓN DEL REMODELADO VENTRICULAR IZQUIERDO TRAS LA TERAPIA DE REPERFUSIÓN PERCUTÁNEA PRIMARIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Juan Lacalzada Almeida, Belén Marí López, Martín J. García González, Celestino Hernández García, M^a Manuela Izquierdo Gómez, M^a Amelia Duque González, María Carrillo-Pérez Tomé e Ignacio Laynez-Cerdeña del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Resumen

Introducción y objetivos: Tras un síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCAEST) tratado con angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria se puede producir recuperación funcional del ventrículo izquierdo (VI) o remodelado negativo (R-) de este, con las diferentes implicaciones pronósticas ya conocidas. Se han utilizado diversas técnicas de imagen cardiaca en la distinción del miocardio viable y entre éstas destaca el uso del ecocardiograma transtorácico (ETT) con *speckle tracking imaging* (STI), que permite valorar la deformidad ventricular (*strain* y *strain rate*).

Métodos: 83 pacientes (media de edad de $56,1 \pm 11,4$ años) que ingresan por SCAEST de cualquier localización y a los que se realiza ACTP primaria (tiempo reperfusión $5,1 \pm 2,9$ horas). 2-3 días después de la ACTP primaria se hizo una ETT con STI del VI, estudiando el *strain* longitudinal global (SGL), además de los parámetros habituales de ETT en este escenario, cuantificando la fracción de eyección del VI (FEVI) y de los volúmenes ventriculares mediante la regla de Simpson modificada. A los 6 meses del ingreso se repitió la ETT definiéndose un R- del VI como una falta de mejoría de FEVI $\geq 5\%$, con un aumento del volumen de final de diástole $\geq 15\%$.

Resultados: Según la ETT del sexto mes se establecieron dos grupos: con R- del VI 35 (42%) pacientes y sin remodelado 48 (58%). En el análisis bivariable demográfico sólo mostraron diferencias la presencia mayor en el grupo R- de diabetes (41% vs 19%, $p < 0,001$) y un mayor nivel de TnI en este grupo ($1,2 \pm 2,1 \mu\text{g/L}$ vs $0,4 \pm 0,3$, $p = 0,005$). En la ETT fue significativa la presencia en el grupo de R- de una FEVI basal menor ($42,1 \pm 4,0\%$ vs $52,7 \pm 6,6\%$) y de un menor índice de motilidad segmentaria de la pared ($1,90 \pm 0,39$ vs $2,6 \pm 0,39$). El SGL en el grupo sin remodelado fue de $-12,5 \pm 5,6\%$ vs $-6,5 \pm 3,4$ en el de R-. La curva ROC indicó que un nivel de corte de SGL de $\geq -11\%$ identificaba en el seguimiento un R- con una sensibilidad de 72% y una especificidad del 80% (AUC = 0,82; IC95% 0,75-0,91; $p < 0,002$).

Conclusiones: El GSL determinado en los primeros días tras la ACTP primaria en el SCAEST es un buen predictor del R- del VI, sea cuál sea la localización del infarto de miocardio.