Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 737

Revista Española de Cardiología

6008-338. PREDICTORES DE REMODELADO VENTRICULAR IZQUIERDO DETERMINADOS MEDIANTE CARDIORRESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Irene Buera Surribas, María Mutuberria Urdaniz, José F. Rodríguez-Palomares, Víctor Pineda Sánchez, Imanol Otaegui Irurueta, Laura Gutiérrez García-Moreno, Artur Evangelista Masip y David García-Dorado del Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: Tras un infarto agudo de miocardio (IAM) la presencia de remodelado ventricular izquierdo (RVI) multiplica por 3 la mortalidad global a los 5 años. Dicho remodelado se caracteriza por la presencia de dilatación ventricular izquierda, así como cambios morfológicos y de geometría del ventrículo izquierdo (VI).

Objetivos: Determinar la incidencia y los parámetros de cardio-resonancia magnética (CRM) que determinan la presencia de RVI, así como valorar los cambios morfológicos y geométricos del VI en dichos pacientes.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 201 pacientes consecutivos con un primer SCACEST revascularizados percutáneamente, estudiados mediante CRM durante los primeros 7 días y a los 6 meses. Se realizaron secuencias cine para el estudio de volúmenes y función ventricular; STIR para la valoración del área en riesgo (AR); realce tardío para la valoración del tamaño de la necrosis (TN), la obstrucción microvascular (OMV) y el índice de miocardio salvado (IMS). Se consideró RVI un incremento del volumen telediastólico del 20%. También se determinaron cambios en los índices clásicos de RVI: fracción de adelgazamiento, índice de expansión e índice de esfericidad.

Resultados: De los 201 pacientes, 32 (15,9%) presentaron RVI: 20 (9,9%) eran IAM de cara anterior y 12 (6%) de cara inferior. El tiempo medio de inicio de síntomas a TIMI 3 fue de 210 min (mediana: 199,5 min). En el análisis univariado, entre los parámetros de RVI destacaron el AR: 50,9% de la masa total del VI en pacientes con RVI vs 44,6% en pacientes sin RVI; p = 0,035 y el TN: 33,1% vs 27% del VI, respectivamente; p = 0,02. En el análisis multivariado, sólo el TN fue determinante de RVI (OR: 1,65, p = 0,045). El análisis mediante curva ROC mostró que el TN permite predecir la presencia de RVI con un área bajo la curva de 0,72, p = 0,05, así pues, un TN del 21% de la masa miocárdica del VI permite predecir la presencia de RVI con una Sensibilidad del 80% y Especificidad del 75%. Asimismo, los pacientes con RVI presentaron una mayor fracción de adelgazamiento: 12% vs 6%, p = 0,045; un mayor índice de expansión: 30% vs 5%, p = 0,035 y un mayor índice de esfericidad: 0,60 vs 0,52, p = 0,05.

Conclusiones: La CRM constituye una excelente técnica para la valoración de los pacientes post-SCACEST ya que permite establecer el diagnóstico de RVI así como las variables predictoras del mismo.