



6033-339. PRUEBA DE ESFUERZO: ¿PODEMOS PREDECIR LA ISQUEMIA EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE ESTRÉS CON VASODILATADOR SUCESIVA?

Ana Gabaldón Pérez¹, Víctor Marcos Garcés¹, Héctor Merenciano González¹, Miguel Lorenzo Hernández¹, Gonzalo Núñez Marín¹, José Gavara Doñate², Nerea Pérez Solé², M^a Pilar López Lereu³, José Vicente Monmeneu Menadas³ y Vicente Bodí Peris¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia. ²Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia. ³Centro Médico ERESA, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La prueba de esfuerzo (PE) es útil en la evaluación diagnóstica de pacientes con síndrome coronario crónico conocido o sospechado. Sin embargo, las guías actuales recomiendan una técnica de estrés con imagen para la detección de isquemia como la resonancia magnética cardiaca de estrés con vasodilatador (RMC-E). Se desconoce si variables clínicas y derivadas de la PE pueden predecir la aparición de isquemia en la RMC-E.

Métodos: Incluimos de manera retrospectiva a 289 pacientes que se sometieron a una PE y posteriormente a una RMC-E durante el año siguiente y en los que no se llevó a cabo un procedimiento de revascularización durante este periodo de tiempo. Las variables clínicas y las relativas a la PE y RMC-E fueron incluidas en el registro. La RMC-E se consideró positiva en presencia de al menos un segmento miocárdico con defecto de perfusión al primer paso con estrés, sin necrosis concomitante en las secuencias de realce tardío de gadolinio. Realizamos análisis univariados y multivariados para verificar la asociación de las variables analizadas con el riesgo de aparición de isquemia en la RMC-E.

Resultados: Diferentes parámetros clínicos y de la PE se asociaron con la aparición de isquemia en la RMC. Sin embargo, los únicos predictores independientes en el análisis de regresión logística binaria múltiple escalonada fueron los antecedentes de intervencionismo coronario percutáneo (HR 3,79 [2,03-7,09], p 0,001) o cirugía de revascularización coronaria (HR 5,57 [1,80-17,26], p = 0,003), el doble producto máximo (HR 0,94 [0,90-0,99] por cada 1.000 unidades, p = 0,02) y el Duke Treadmill Score (HR 0,95 [0,91-0,99], p = 0,019). El análisis por subgrupos mostró que el sexo masculino (HR 1,95 [1,16-3,28], p = 0,012), la historia personal previa de cardiopatía isquémica (HR 4,73 [2,88-7,76], p 0,001) y el doble producto máximo (HR 0,94 [0,90-0,98] por cada 1000 unidades, p = 0,006) fueron predictores de isquemia en pacientes no revascularizados (n = 212). En los pacientes previamente revascularizados (n = 77) el único predictor independiente fue el Duke Treadmill Score (HR 0,93 [0,86-0,99], p = 0,048).

Conclusiones: Diversas variables derivadas de la PE pueden predecir el riesgo de isquemia en la RMC-E sucesiva en pacientes revascularizados y no revascularizados con dolor torácico. Esto puede ayudar a seleccionar pacientes que deben someterse a una RMC-E tras una PE para evaluar la presencia de isquemia.