



## 6017-245. ¿EXISTE CORRELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y LA DEFORMIDAD VENTRICULAR IZQUIERDA DETERMINADA MEDIANTE *STRAIN* ECOCARDIOGRÁFICO?

Juan Lacalzada Almeida, Esther González Cabeza, Marta Isabel Padilla Pérez, Belén Marí López, María Manuela Izquierdo Gómez, Alejandro de la Rosa Hernández, Martín Jesús García González e Ignacio Laynez Cerdeña del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La troponina I (TnI) se relaciona con el daño miocárdico (DM), estimando el tamaño del infarto agudo de miocardio (IAM). Los parámetros clásicos y más actuales de función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) con ecocardiografía transtorácica (ETT) tienen buena correlación con el tamaño del IAM, entre estos últimos destaca el *strain* (S), mediante *speckle tracking imagen* (STI). El objetivo del estudio es valorar si el tamaño del IAM, medido por los niveles de TnI, se relaciona con estos parámetros del ETT.

**Métodos:** 103 pacientes (media de edad de  $58,1 \pm 11,6$  años, 79,3% varones) que ingresan por IAM con elevación del segmento ST realizándoles angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria (tiempo medio reperusión  $5,8 \pm 1,3$  horas). 2-3 días después se hizo un ETT con STI del VI, estudiando el *strain* global longitudinal (SGL), circunferencial (SGC) y radial, además de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), volúmenes telediastólico (EVD), telesistólico y el índice de motilidad segmentaria del VI. En todos ellos se seriaron niveles de TnI y su pico máximo. A los 6 meses del alta se repitió la ETT estableciendo dos grupos según la falta de mejoría de la FEVI ? 5% con aumento del EVD ? 15% (remodelado negativo = R-) y en caso contrario R+.

**Resultados:** Los pacientes con R- (39%) tenían un pico mayor de TnI ( $57,6 \pm 6,7$  ?/L) que los de R+ ( $19,5 \pm 2,7$  ?/L),  $p < 0,05$ , estableciéndose según la media del pico de TnI dos grupos: DM mayor y menor respectivamente. El análisis univariado en relación con el grado DM mostró diferencias significativas en: un menor SGL ( $-11,3 \pm 2,4\%$  vs  $-14,4 \pm 2,2\%$ ,  $p < 0,001$ ) y un menor SGC ( $-7,0 \pm 5,1\%$  vs  $-13,4 \pm 4,8\%$ ,  $p < 0,01$ ). El análisis multivariado mediante regresión logística (*backward stepwise*, LR) según DM seleccionó: SGL disminuido OR 1,37 (IC95% 1,17 a 1,60  $p < 0,01$ ) y SGC disminuido OR 1,12 (IC 1,01 a 1,16,  $p < 0,05$ ). El área bajo la curva (AUC) fue para SGL de 0,85 (IC95% de 0,75 a 0,95,  $p < 0,001$ ) y para SGC de 0,84 (IC95% de 0,73 a 0,95,  $p < 0,05$ ). El SGL y SGC mostraron un grado de correlación con la TnI de  $r = 0,54$  y  $0,60$  respectivamente ( $p < 0,01$ ). Ninguna de las variables predictoras fue afectada por la edad y el sexo.

**Conclusiones:** El SGL y el SGC determinados con ETT STI tienen una buena correlación de forma independiente con el nivel de DM agudo en los pacientes con IAM.