



## 6019-261. VALOR PRONÓSTICO DE UN NUEVO SISTEMA DE PUNTUACIÓN SEMICUANTITATIVO PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN LA CRM CON ADENOSINA

Sonia Gómez Revelles<sup>1</sup>, Xavier Rosselló<sup>1</sup>, José Díaz<sup>2</sup>, Ignacio López<sup>2</sup>, Esteban Sciarresi<sup>2</sup>, Sandra Pujadas<sup>1</sup>, Francesc Carreras<sup>1</sup> y Guillem Pons Lladó<sup>1</sup> de la <sup>1</sup>Unidad de Imagen Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona y <sup>2</sup>Universidad Autònoma, Cerdanyola del Vallès (Barcelona).

### Resumen

**Introducción:** Estudiamos un método para la evaluación semicuantitativa de la severidad de la isquemia en cardiorensonancia (CRM) con adenosina. La carga de isquemia se calculó con los ítems: 1) extensión del defecto, 2) persistencia durante la secuencia de perfusión, 3) transmuralidad, 4) inducción con adenosina de defecto segmentario de contractilidad. El objetivo fue conocer el impacto pronóstico del resultado en el score de carga de isquemia (SCI) en la aparición de eventos definidos como: mortalidad, síndrome coronario agudo, angina y arritmias ventriculares.

**Métodos:** Entre enero y mayo 2009, 56 pacientes con CRM para diagnóstico (n = 18, 32%) o para estratificación de riesgo (n = 38, 68%) se incluyeron de forma consecutiva. Los datos se recogieron prospectivamente y se analizaron retrospectivamente. Se estudió la perfusión con secuencias de primer paso de contraste (gadobutrol, 0,1 mMol/kg) en reposo y con estrés con adenosina (140 µg/kg/min durante 4 minutos). Con secuencias de cine se estudió la función en reposo y con adenosina; y se concluyó el estudio con secuencias de contraste tardío. La CRM se llevó a cabo en un equipo de 1,5 T. El seguimiento medio fue de  $42,96 \pm 15,924$  meses ( $3,58 \pm 1,327$  años) evaluando la aparición de eventos descritos. Se analizó supervivencia con curvas de Kaplan Meier y el análisis multivariante con modelo de regresión de Cox.

**Resultados:** Los pacientes sin defecto de perfusión (SCI = 0) (n = 30) presentaron una incidencia más baja de eventos comparado a aquellos con SCI  $\geq 1$  (n = 26) (p = 0,021). Los pacientes con eventos clínicos durante el seguimiento (n = 32) obtuvieron una puntuación SCI mayor que el grupo de pacientes sin eventos (n = 24):  $6,66 \pm 7,631$  vs  $2,29 \pm 4,467$  respectivamente (OR = 1,08, IC95% 1,03-1,13; p = 0,01). El subanálisis de cada ítem mostró una mayor relación de eventos en el grupo de pacientes con defecto persistente de perfusión (p = 0,004) y en el grupo con defecto de contractilidad inducido (p = 0,005). Dicha relación no se observó con la variable de segmento con defecto de perfusión (p = 0,058) ni con la variable de transmuralidad (p = 0,053).

**Conclusiones:** La presencia de defecto de perfusión en CRM tiene valor pronóstico. La magnitud del defecto evaluada con el sistema de puntuación que proponemos, tiene valor para la estratificación de riesgo. La existencia de un defecto persistente y la inducción de un defecto contráctil segmentario asociado implica un peor pronóstico.