Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 771

Revista Española de Cardiología

6035-9. ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON REGADENOSÓN: UN CAMINO POR ANDAR

María José Romero Castro[1], Marta Fernández Galindo[2], José Antonio García Robles[1], Leydimar Adel Anmad Shihadeh Musa[1], Ignacio Fernández Herrero[2], Mª Ángeles Priego Ródenas[1], Violeta Sánchez Sánchez[1], Carmen Jiménez López Guarch[1], Cecilia Corros Vicente[1], Alejandra Carbonell San Román[1], Fernando Arribas Ynsaurriaga[2] y Jorge Solís[1]

[1]Unidad de Imagen Cardiaca, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. [2]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los fármacos empleados en la ecocardiografía de estrés (EE) presentan importantes limitaciones para su uso. El uso de regadenosón (R) está emergiendo como vasodilatador coronario selectivo y varios estudios han analizado su precisión diagnóstica, pero aún no ha sido estudiado el valor pronóstico. Nuestro objetivo es valorar seguridad y pronóstico a corto-medio plazo en pacientes (p) que se realizaron EE con R.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, se incluyeron 126 p que se realizaron EE con R durante los años 2017-2020 para estudio de detección de isquemia miocárdica. Se valoraron la aparición de alteraciones de la contracción segmentaria, cambios electrocardiográficos o clínica de isquemia, considerándose positiva si presentaba al menos una. Para valorar seguridad se recogieron los eventos (E) adversos durante la prueba. Para valorar pronóstico se realizó un seguimiento durante una mediana de 23 meses y se consideró la presencia de E cardiovasculares (CV): ingreso por insuficiencia cardiaca (IC), ángor, infarto de miocardio (IAM) o muerte CV. Se comparó el grupo con resultado negativo (GN) y positivo (GP).

Resultados: Dieciséis (13%) p mostraron E adversos, generalmente leves, con náuseas en 4 p. Dos p (1,6%) requirieron el uso de aminofilina por E adverso grave tipo broncoespasmo. Diecinueve estudios (15%) fueron positivos: 17 (89%) mostraron resultado ecocardiográficamente positivos, 5 de ellos además presentaron positividad clínica o electrocardiográfica, una (5%) se consideró positiva únicamente por criterios electrocardiográficos y otra por criterio clínico. No hubo ninguna muerte CV en el seguimiento. En el GN se observaron 6 E frente a 2 en el GP (6 vs 11%), el tiempo al E del GN fue de una mediana de 90 [3-600] días frente a 110 [40-180] días en el GP. El E más frecuente fue la IC (4 vs 1), en el GN tan solo 2 se realizaron coronariografía y no mostraron lesiones significativas. En el GN hubo 2 IAM (2 vs 0), uno presentaba estenosis grave en la arteria coronaria derecha y el otro estenosis moderadas difusas con manejo conservador. No hubo E de ángor en el GN (0 vs 1). La incidencia acumulada anual fue del 11% en el GP frente al 4% en el GN.

Resultados

	Total (n = 126)	Resultado negativo (n = 107)	Resultado positivo (n = 19)	p
Edad	71 ± 10	71 ± 11	74 ± 8	0,079
Género (varón)	72 (57%)	57 (53%)	15 (79%)	0,037
Tiempo de seguimiento (meses, mediana)	23 [1,46]	23	22	0,58
HTA	102 (82%)	86 (80%)	16 (84%)	0,87
AP CI	33 (28%)	26 (24%)	7 (37%)	0,17
Efectos adversos	16 (13%)	14 (11%)	2 (2%)	0,76
Broncoespasmo	2 (1,6%)	1	1	
Extrasistolia ventricular	2 (1,6%)	1	1	
Disnea transitoria	3 (2,4%)	3	0	
Malestar general	2 (1,6%)	2	0	
Náuseas	4 (3,2%)	4	0	
QT largo	1 (0,8%)	1	0	
Eventos CV	8 (6%)	6 (6%)	2 (11%)	0,41
Tiempo al evento (días, mediana)	90 [3-600]	90 [3-600]	110 [40-180]	0,41
IC	5 (4%)	4	1	0,75
Ángor	1 (2%)	0	1	0,017

IAM	2 (2%)	2	0	0,55
Muerte CV	0	0	0	
Incidencia acumulada anual	5%	4%	11%	0,12

Conclusiones: La EE con R es una prueba segura con una tasa de E adversos graves baja. En nuestra muestra, el GN presentó menor proporción de E con una incidencia anual acumulada menor que el GP y también en un seguimiento de 23 meses.