



4015-4. DETERMINANTES DE LA CICATRIZ POSINFARTO DE MIOCARDIO PARA LA APARICIÓN DE ARRITMIAS VENTRICULARES: ESTUDIO POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA

Beatriz Jáuregui Garrido¹, David Soto Iglesias¹, Diego Penela Maceda¹, Juan Acosta Martínez², Juan Fernández-Armenta Pastor³, Markus Linhart⁴, Augusto Ordóñez España¹, Alfredo Chauca Tapia¹, José Miguel Carreño Lineros¹, Claudia Scherer¹, Giulio Falasconi¹, Josep Lluís Mont Girbau⁵, Xavier Bosch Genover⁵, José Tomás Ortiz Pérez⁵ y Antonio Berrueto Sánchez¹

¹Centro Médico Teknon, Barcelona. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ³Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁴Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona. ⁵Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La resonancia magnética cardiaca con realce tardío de gadolinio (RMC-RTG) permite identificar el sustrato arritmogénico en pacientes con infarto de miocardio (IM) crónico. Se desconoce por qué una minoría de pacientes tras un IM desarrollan TV sostenidas, independientemente de la FEVI. Pretendemos caracterizar de forma no invasiva las características diferenciales en las cicatrices arritmogénicas post-IAM y posibles predictores para la aparición de TV.

Métodos: Estudio de casos y controles en pacientes crónicos post-IM: i) derivados consecutivamente para ablación del sustrato de TV después de un primer episodio de TV (n = 66), y ii) de un grupo control (n = 84) sin evidencia de arritmia. El *core*, la *border zone* (BZ) y los canales de BZ (CBZ) de la cicatriz se cuantificaron utilizando la plataforma de posprocesamiento de RMC ADAS3D. Las características clínicas y de las cicatrices, incluido un parámetro novedoso, la masa de CBZ, se compararon entre ambos grupos.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes. Se crearon 4 modelos de riesgos proporcionales de Cox: de la masa total de cicatriz (modelo 1), BZ (modelo 2), *core* (modelo 3) y CBZ (modelo 4, ver tabla), todos ellos ajustados por edad, sexo y FEVI. Solo la masa total de cicatriz, de BZ, de *core* y de CBZ fueron variables independientes asociadas con el desarrollo de TV. La masa de CBZ mostró el mejor comportamiento; > 5,15 g CBZ identificó los casos con una Se del 92,4% y una Es del 86,9% [AUC 0,93 (0,89-0,97); p 0,001], con un aumento significativo en el área bajo la curva en comparación con los otros parámetros de la cicatriz (p 0,001, test de De Long). Al utilizar la masa de CBZ como parámetro de estratificación del riesgo junto con la FEVI, la mejora neta de reclasificación (NRI) fue del 33,3% para los casos y del 39,3% para los controles. La proporción neta de pacientes reclasificados correctamente fue del 36,7%.

Mejor modelo de riesgos proporcionales de Cox para identificar variables independientes asociadas con eventos de TV en la población de estudio

HR (IC95%)

p

Edad (años)	1,02 (0,99-1,05)	0,31
Sexo (hombre)	0,94 (0,28-3,18)	0,92
FEVI (%)	0,99 (0,97-1,02)	0,58
Masa de CBZ (g)	1,12 (1,07-1,17)	0,001*



Curvas ROC dependientes del tiempo para evaluar el valor de corte óptimo de la masa de CBZ para predecir la aparición de TV.

Conclusiones: La masa de CBZ, obtenida automáticamente con un *software* de posprocesamiento de RMC disponible comercialmente, es la variable independiente más fuerte asociada con la ocurrencia de TV clínica en pacientes post-IM crónicos después del ajuste de covariables por edad, sexo y FEVI. La medición de la masa de CBZ por RMC-RTG podría permitir una estratificación del riesgo de arritmia más precisa que la FEVI en pacientes post-IM crónico (NRI 36,7%).