



Revista Española de Cardiología



6019-44. EXTENSIÓN DEL INFARTO Y OBSTRUCCIÓN MICROVASCULAR SEGÚN LA ARTERIA RESPONSABLE DEL INFARTO

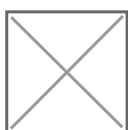
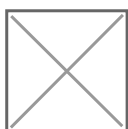
Belén Santos González, Daniel Núñez Piernas, José Moreu Burgos, Esther Lázaro Fernández, Tomás Cantón Rubio, Fernando Pajín Valbuena, María del Mar Céspedes Mas y Luis Rodríguez Padial del Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Antecedentes y objetivos: El objetivo de la terapia de reperfusión en un infarto agudo de miocardio (IAM) es restablecer de forma precoz el flujo al miocardio isquémico, lo que ha demostrado una reducción significativa en la mortalidad tras el IAM, al disminuir la extensión de la necrosis miocárdica. El objetivo de nuestro estudio es valorar si la arteria responsable del infarto se relaciona con el tamaño del infarto y la presencia de obstrucción microvascular medidas a través de resonancia magnética (RM).

Métodos: Se incluyeron 65 pacientes consecutivos, menores de 75 años con SCACEST de menos de doce horas de evolución sometidos a ACTP primaria con implantación de stent farmacoactivo en nuestro centro. Se excluyeron los pacientes en shock cardiogénico. Mediante Cardio-RM se valoró la función y volúmenes ventriculares con secuencias SSFP. Tras administración de gadolinio se adquirieron secuencias de perfusión de primer paso y a las imágenes de realce tardío (LGE) tras diez minutos de su administración. Se calculó manualmente el área del LGE expresado como porcentaje de la masa del ventrículo izquierdo (VI) y la obstrucción microvascular (OM) tardía expresada como %VI.

Resultados: 65 pacientes (87,7% varones, media de edad 57 ± 9 años) fueron estudiados con CardioRm 5 ± 2 días. Se realizó angioplastia primaria (ACTP) a descendente anterior (DA) en 30 pacientes (46,2%), a circunfleja (CX) a 13 pacientes (20%) y a coronaria derecha (CD) a 22 pacientes (33,8%). El tamaño del infarto y obstrucción microvascular (OM) según la arteria responsable del IAM. El tamaño del infarto es mayor cuando la arteria responsable es la DA 22,59% (IC95% 17,57-27,61), comparado con la CX 19,9% (IC95% 11,8-27,6) y CD 15,4% (IC95% 11,8-18,9). Mientras que en la OM no se observan diferencias entre la DA 5,0% (IC95% 2,8-7,3) y la CX 5,8% (IC95% 2,0-9,6) y si con respecto a la CD 3,9% (IC95% 2,3-5,5). Se observa que el tamaño del infarto del árbol izquierdo con respecto a la CD es significativo ($p = 0,045$).



Conclusiones: La oclusión de la DA y de la CX con respecto a la CD determina una mayor extensión del infarto estadísticamente significativa, mientras que no se observan estas diferencias al examinar la OM, probablemente determinado por el número de pacientes de nuestra muestra. Es resaltable el grado de

extensión de la OM cuando la arteria responsable del infarto es la circunfleja.