



## 4023-9. CARACTERIZACIÓN Y DETERMINANTES DEL REMODELADO INVERSO TRAS UN INFARTO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. ANÁLISIS PROSPECTIVO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA

Ernesto Valero Picher<sup>1</sup>, Clara Bonanad Lozano<sup>1</sup>, Fabián Chaustre Mendoza<sup>1</sup>, José Vicente Monmeneu Menadas<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Pilar López Lereu<sup>2</sup>, Julio Núñez Villota<sup>1</sup>, Francisco Javier Chorro Gascó<sup>1</sup> y Vicente Bodí Peris<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario, Valencia y <sup>2</sup>ERESA, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Tras un infarto con elevación del segmento ST (IAMEST) el remodelado inverso (R-INV) implica, entre otros procesos beneficiosos, la reducción progresiva de la dilatación ventricular. En el presente estudio analizamos el curso y los determinantes estructurales de R-INV tras un IAMEST.

**Métodos:** Analizamos 335 pacientes con un IAMEST a los que se realizó una resonancia magnética cardiaca (RMC) a los  $7 \pm 1$  y a los  $179 \pm 8$  días posinfarto. Se determinó la fracción de eyección (FE), los índices de volumen telediastólico (iVTD) y telesistólico (iVTS), la masa ventricular izquierda y el porcentaje de masa con edema, hemorragia, infarto y obstrucción microvascular (OMV). Se definió la remodelación precoz si el iVTS en la RMC de 1 semana (1s) estaba aumentado respecto a una escala validada. R-INV se definió si el iVTS en la RMC-1s estaba aumentado y se reducía más del 10% en la RMC del sexto mes (6m).

**Resultados:** De los 335 pacientes analizados, los 155 (46%) con remodelación precoz presentaron mayor iVTS en la RMC-1s ( $55 \pm 20$  vs  $25 \pm 7$  ml/m<sup>2</sup>), FE más deprimida y mayor iVTD, masa ventricular con edema, hemorragia, infarto y OMV ( $p < 0,001$  en todos los casos). El único predictor independiente de más remodelación precoz fue el porcentaje de masa con infarto ( $1,09$  [ $1,07$ - $1,11$ ],  $p < 0,001$ ). De los 155 pacientes con remodelación precoz, desde 1s a 6m, 76 (49%) presentaron R-INV ( $53 \pm 16$  vs  $33 \pm 14$  ml/m<sup>2</sup>,  $p < 0,001$ ). FE, iVTD o iVTS en la RMC-1s no predijeron R-INV ( $p > 0,1$ ). R-INV se relacionó con menos masa ventricular con infarto en la RMC-1s ( $24 \pm 12\%$  vs  $34 \pm 15$ ,  $p < 0,001$ ) así como menos masa con edema, hemorragia y OMV ( $p < 0,001$  en todos los casos). El porcentaje de masa con infarto en la RMC-1s fue el único predictor independiente de menor R-INV ( $0,94$  [ $0,92$ - $0,97$ ],  $p < 0,001$ ). El R-INV fue más frecuente en los pacientes con infarto no extenso (porcentaje de masa con infarto  $< 30\%$ ):  $54/84$  (64%) vs  $19/67$  (28%),  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** Tras un IAMEST, aproximadamente la mitad de los pacientes presentan un remodelado precoz importante. De ellos, la mitad presentan remodelado inverso en los meses siguientes. El predictor más potente de remodelado inverso es la presencia de un menor porcentaje de masa con infarto. La RMC es idónea para caracterizar este fenómeno por su fiabilidad en el cálculo de volúmenes y del tamaño del infarto.