



## 6025-354. ¿ES ÚTIL EL *STRAIN* LONGITUDINAL COMO PREDICTOR DE NECESIDAD DE REVASCULARIZACIÓN PRONÓSTICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ANGINA?

Vanesa Alonso Fernández, Juan José Rondán Murillo, María Teresa González Sánchez, Santiago Colunga Blanco, Julio César García Rubio, Sergio Santos Hernández, José Miguel Vegas Valle e Íñigo Lozano Martínez-Luengas, del Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El objetivo consiste en determinar si el *strain* longitudinal (SL) identifica la enfermedad coronaria de tronco coronario izquierdo (TCI) o descendente anterior (DA) proximal en pacientes con diagnóstico de angina, susceptibles de revascularización pronóstica.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de 60 pacientes en los que se realizó coronariografía por clínica de angina, sin evidencia de enfermedad coronaria previa y con FEVI normal. Se dividieron en 3 grupos, de 20 casos, según presentaran estenosis significativa de TCI o DA proximal, arterias coronarias sin lesiones o enfermedad coronaria de 1 o 2 vasos que no fuera DA proximal ni TCI. Se excluyeron pacientes con signos de isquemia o trastornos de la conducción en el ECG, anomalías segmentarias de la contractilidad o valvulopatías significativas. En el ecocardiograma, previo a la coronariografía, se analizó la FE mediante Simpson biplano y se determinó el SL global, el valor del SL en el territorio de la DA y el SL a nivel anterior. Se realiza un análisis estadístico de los grupos. Con la t de Student se comparan las medias, con  $\chi^2$  las proporciones en variables de distribución normal y con pruebas no paramétricas las distribuciones asimétricas. Se comprueba homogeneidad de varianzas entre los 3 grupos de pacientes mediante ANOVA. Se considera significativo  $p < 0,05$ . Se realiza análisis multivariante con regresión logística.

**Resultados:** En comparación con los pacientes sin lesiones coronarias, los pacientes con enfermedad de TCI o DA proximal presentan diferencias estadísticamente significativas en los valores de SL global, SL de cara anterior y SL en el territorio de la DA. Utilizando el SL global y el SL en cara anterior como predictores de enfermedad coronaria significativa, se obtiene una curva ROC con área bajo la curva (AUC) de 0,8675. Utilizando el SL en cara anterior como predictor de enfermedad coronaria de TCI o DA proximal, se obtiene una curva ROC con AUC de 0,9150.



*Caso 1. Diagnóstico clínico de angina con arterias coronarias sin lesiones. Caso 2. Diagnóstico clínico de angina con enfermedad coronaria de tronco coronario izquierdo y descendente anterior proximal.*

## Resultados de la muestra

	Edad	FEVI	SGL	<i>Strain</i> territorio DA	<i>Strain</i> cara anterior
Coronarias sin lesiones	64,1 ± 7,32 años	62 ± 4,6%	22 ± 2,64	23,25 ± 2,53	22,15 ± 3,2
Enfermedad TCI o DAp (1)	64,45 ± 12,79 años	61,9 ± 6,2%	20,25 ± 2,22	19,7 ± 2,11	15,7 ± 3,6
Enfermedad de otros vasos (2)	66,05 ± 9,52 años	62,85 ± 4,1%	20,05 ± 2,6	22,2 ± 3,02	17,9 ± 4,2
Significación <sup>a</sup>	n.s.	n.s.	1. p = 0,0130 2. p = 0,0101	1. p = 0,000 2. n.s.	1. p = 0,000 2. n.s.

<sup>a</sup>Comparación de los 2 grupos de pacientes con enfermedad coronaria con el grupo de pacientes sin lesiones coronarias. Las variables continuas se expresan como media ± desviación estándar y las categóricas, como valor absoluto y porcentaje.

**Conclusiones:** En pacientes con clínica de angina, FEVI normal y sin alteraciones segmentarias de la contractilidad: El SL de la cara anterior resulta útil para identificar la enfermedad coronaria significativa de TCI o DA proximal. El SL global junto al SL de cara anterior resulta útil para predecir estenosis coronarias significativas.