



## 6017-14. SIGNIFICADO DEL DESCENSO DEL SEGMENTO ST EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST REPERFUNDIDO. ESTUDIO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA

Clara Bonanad Lozano, Vicent Bodí Peris, Guido Palomino Pacsi, Juan Sanchis Forés, Francisco Javier Chorro Gascó, Julio Núñez Villota, José Vicente Monmeneu Menadas y Ángel Llàcer Escorihuela del Hospital Clínico Universitario, Valencia.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la dinámica del descenso del segmento ST (DST) en pacientes con IAMEST reperfundido y su posible asociación con la repercusión estructural del infarto en el ventrículo izquierdo (VI) analizada mediante resonancia magnética cardiaca (RMC) a la semana del ingreso.

**Métodos:** Se estudiaron 93 pacientes consecutivos ingresados por IAMEST reperfundido farmacológicamente ( $n = 36,39\%$ ) o con angioplastia primaria (AP,  $n = 57, 61\%$ ). Se registró un ECG al ingreso, a los 90 minutos post-reperusión, así como a las 24 y 96 horas. Se calculó la suma del DST (sumDST) en todas las derivaciones. Se definió la presencia de DST en cada uno de los puntos temporales si  $\text{sumDST} > 2$  mm. Se realizó RMC a la semana, en la que se cuantificó la fracción de eyección (FE%), la masa infartada (% de la masa del VI con captación tardía de gadolinio) y la obstrucción microvascular (OMV) (% de la masa del VI con ausencia de captación tardía de gadolinio en el centro de una zona infartada). Los ECG y la RMC se cuantificaron por observadores independientes.

**Resultados:** Se objetivó DST en 71 pacientes (76%) en el primer ECG, que disminuyó a  $n = 24$  (26%) tras la reperusión, y desapareció en la gran mayoría de los casos a las 24h ( $n = 3, 3\%$ ) y a las 96 h ( $N = 2, 2\%$ ), ( $p < 0,001$ ) respecto al ingreso en todos los casos. El sumDST se normalizó progresivamente desde el ingreso ( $7 \pm 7$  mm) al ECG post-reperusión ( $1 \pm 2$  mm), 24h ( $0,2 \pm 0,8$  mm) y 96h ( $0,1 \pm 0,6$  mm)  $p < 0,001$ ) respecto al ingreso en todos los casos. Al comparar los pacientes con y sin DST al ingreso, la presencia de DST al ingreso no se asoció a la FE ( $51 \pm 11\%$  vs  $52 \pm 12\%$ ,  $p = 0,8$ ), a la masa infartada ( $22 \pm 14\%$  vs  $24 \pm 13\%$ ,  $p = 0,6$ ), ni a la OMV ( $7 \pm 11\%$  vs  $7 \pm 11\%$ ,  $p = 0,9$ ). La misma tendencia se observó al comparar los pacientes con y sin DST post-reperusión: FE ( $49 \pm 11\%$  vs  $52 \pm 11\%$ ,  $p = 0,2$ ), masa infartada ( $21 \pm 14\%$  vs  $23 \pm 14\%$ ,  $p = 0,5$ ) y OMV ( $6 \pm 9\%$  vs  $8 \pm 11\%$ ,  $p = 0,4$ ). En el grupo AP, no se observaron diferencias respecto a estos 3 parámetros en los pacientes con y sin DST al ingreso, 24 y 96h ( $p = \text{NS}$  en todos los casos).

**Conclusiones:** El DST es un hallazgo frecuente en los pacientes con IAMEST, que tiende a la normalización progresiva en la mayoría de los casos tras la reperusión. En infartos reperfundidos, el DST antes o después de la reperusión no parece asociarse de manera significativa a los parámetros de daño estructural cuantificados mediante RMC.