



4027-5. LA MAGNITUD DE LA ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN INFARTOS AGUDOS DE MIOCARDIO COMO PREDICTOR DE REMODELADO VENTRICULAR IZQUIERDO ADVERSO

Martín Descalzo, José Francisco Rodríguez Palomares, Sergio Moral, Imanol Otaegui, Laura Gutiérrez, Teresa González Alujas, Artur Evangelista Masip y David García-Dorado del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: Estudios anatomopatológicos han demostrado una asociación entre la magnitud de la elevación del segmento ST (SumST), el número de derivaciones afectadas y la extensión de necrosis miocárdica. Asimismo en un estudio reciente, un tamaño de infarto $> 18,5\%$ ha sido correlacionado con remodelado adverso del ventrículo izquierdo. Por otro lado, no existe información sobre la importancia de la elevación del ST de ingreso como predictor de remodelado ventricular izquierdo.

Objetivos: Correlacionar el SumST de ingreso con la extensión de necrosis miocárdica, con el área miocárdica en riesgo (AMR) y otros parámetros pronósticos determinados por cardioresonancia magnética (CRM).

Métodos: Estudio prospectivo de 85 pacientes con un primer IAM reperfundido exitosamente mediante ACTP, en los que se efectuó una CRM en la primera semana del IAM. Se realizó un ECG al ingreso y 2 cardiólogos calcularon el SumST en todas las derivaciones afectadas. Las determinaciones de los volúmenes ventriculares, fracción de eyección ventricular, AMR, extensión de necrosis miocárdica (ENM) y de obstrucción de la microcirculación (OMC) se realizaron por CRM. Se consideró la presencia de remodelado ventricular adverso en aquellos pacientes con una ENM $> 18,5\%$.

Resultados: En conjunto, un 64% de los pacientes presentaron una ENM $> 18,5\%$. El SumST mostró un área debajo de la curva ROC de 0,8 ($p < 0,001$) para identificar a los pacientes con una ENM $> 18,5\%$ con un punto de corte de 12 mm (sensibilidad: 75% y especificidad: 70%). Los pacientes con un SumST = 12 mm respecto a aquéllos con un SumST < 12 mm presentaron una mayor AMR: 55 vs 37 g ($p = 0,02$); volúmenes telediastólicos: 172 vs 146 mL ($p = 0,005$); volúmenes telesistólicos: 93 vs 73 mL ($p = 0,011$) y de OMC, 6 vs 2 g ($p = 0,026$).

Conclusiones: El ECG de admisión continúa siendo una excelente herramienta para la estratificación de riesgo de pacientes con IAM. Un SumST > 12 mm es buen predictor de necrosis miocárdica extensa y de remodelado ventricular izquierdo adverso.