Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 760

Revista Española de Cardiología

6020-224. ECOCARDIOGRAFÍA, RESERVA CONTRÁCTIL Y RESONANCIA MAGNÉTICA PARA PREDECIR EL REMODELADO VENTRICULAR IZQUIERDO

Silvia Rodero, Maria Mutuberria, José Rodríguez-Palomares, Laura Gutiérrez, Gisela Teixidó, Teresa González-Alujas, Arturo Evangelista y David García-Dorado del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La presencia de remodelado ventricular izquierdo (RVI) adverso en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) está asociada con un incremento de morbi-mortalidad en el seguimiento. Aunque se ha relacionado con diferentes parámetros tanto de resonancia magnética (CRM) como de ecocardiografía (ETT), establecer el principal predictor de RVI continúa siendo controvertido. El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de RVI tras un IAMCEST e identificar el mejor método de imagen para predecir su presentación.

Métodos: Ciento cuarenta pacientes consecutivos con IAMCEST que habían sido sometidos a angioplastia primaria exitosa fueron estudiados mediante CMR y ETT de estrés con dosis bajas de dobutamina durante la primera semana y a los 6 meses. Los volúmenes ventriculares izquierdos, la fracción de eyección (FE), la área miocárdica en riesgo (AMR), el tamaño del infarto (TI), la obstrucción miocrovascular (OMV) y el índice de miocardio salvada (IMS) fueron determinados mediante CMR. El pico sistólico de *strain* global (SS) fue medido mediante ETT de reposo y de estrés con dosis bajas de dobutamina. Un incremento en el volumen telediastólico ventricular izquierdo (VTDVI) ? 20% fue definido como RVI adverso, un descenso ? 20% como RVI reverso, y los valores intermedios como ausencia de RVI.

Resultados: El 29% de los pacientes presentaron RVI adverso y el 9% reverso. En la tabla se muestran las variables derivadas de la CMR y de la ETT de los diferentes grupos. En el análisis univariante únicamente el SS (p =0,023), el TI (p =0,05) y la AMR (p =0,046) resultaron predictores para RVI adverso. En el análisis multivariante, el SS de reposo fue el único predictor de RVI adverso. El valor de corte de -15 (área bajo la curva: 0,8) predijo RVI adverso con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 70%.

	FE basal (%)	TI (g)	OMV (g)	AMR (g)	IMS (%)	SS basal	SS DBT
No RVI (n = 87)	51 ± 7	27 ± 12	2 ± 2	43 ± 15	18 ± 10	14 ± 3,2	15 ± 4,2
RVI adverso (n = 41)	45 ± 15	34 ± 18	4 ± 1,5	52 ± 12	15 ± 12	12 ± 3,2	14 ± 3,7
RVI reverso (n = 12)	47 ± 10	23 ± 13	0,9 ± 1,8	41 ± 18	25 ± 8	15 ± 3,2	16 ± 3,9

Conclusiones: El RVI adverso es un proceso frecuente tras un IAMCEST. Aunque los parámetros derivados de la CRM y de la ETT pueden predecir su presentación, un SS global mayor de -15 parece ser el mejor predictor de RVI adverso.