



6020-253. RELACIÓN DEL GRADO DE TRANSMURALIDAD DEL INFARTO CON EL *STRAIN* LONGITUDINAL VENTRICULAR EVALUADO CON ECOCARDIOGRAFÍA *SPECKLE-TRACKING*

Assumpció Saurí Ortiz¹, Vicente Mora Llabata¹, José Vizuite del Río², Gregorio Martín Benítez², Elena Sánchez Lacuesta³, Rubén Fernández Galera¹, Elena Romero Dorta¹ e Ildefonso Roldán Torres¹ del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, ²Servicio de Radiología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia y ³Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La evaluación del tamaño y extensión transmural (ETR) de la necrosis intervienen en la predicción pronóstica tras un infarto de miocardio con elevación del ST (IMACEST). El objetivo fue estudiar la evolución del *strain* longitudinal (SL) en segmentos miocárdicos infartados según ETR del realce tardío de gadolinio en pacientes (p) tras IMACEST tratados con angioplastia primaria.

Métodos: Estudio de 25 pacientes con IMACEST reperfundidos en las primeras 12 horas del comienzo de los síntomas. Un modelo de 17 segmentos fue utilizado para el estudio del SL del ventrículo izquierdo (VI) mediante ecocardiografía *speckle-tracking* (EST) realizada los días 3 (fase aguda) y 40 (fase crónica) del IMACEST, y comparado sus valores con la ETR del realce tardío (> 50 frente a ? 50%) por cardioresonancia (CR) practicada el día 40 posinfarto. El SL fue también calculado en 28 sujetos normales como grupo control.

Resultados: Edad media 60 ± 7 años. La lesión culpable fue: descendente anterior 40%, coronaria derecha 44% y circunfleja 16%. Lesión multivaso 44%. El SL medio en 476 segmentos controles del VI fue $-21,3 \pm 2,6$. Los resultados del SL en fase aguda y crónica de los segmentos con necrosis en función de la ETR del realce tardío aparecen en la tabla. El aumento en el grado de ETR de necrosis se traduce en una disminución progresiva del SL, tanto en fase aguda como crónica (*p de tendencia 0,01 en ambas). Por otra parte, el SL aparece disminuido en todos los grados de ETR de la necrosis tanto en fase aguda como crónica. Sin embargo, solo los segmentos con ETR > 50% presentaron una recuperación del SL a los 40 días post-IMACEST (p 0,01), aunque permaneciendo significativamente por debajo de los valores normales.

	Controles (n = 476)	1-50 % (n = 18)	> 50 % (n = 82)	*p
SL (%) (fase aguda)	$21,3 \pm 2,6$	$-11,8 \pm 8,2$	$-7,9 \pm 7,5$	0,01
SL (%) (fase crónica)		$-12,7 \pm 7,8$	$-11,4 \pm 6,7$	0,01
p		ns	0,01	

SL: *Strain* Longitudinal. n: número de segmentos. *p: p de tendencia. ns: no significativo.

Conclusiones: La evolución del SL entre la fase aguda y crónica tras IMACEST es diferente según el grado de transmuralidad, de modo que el SL no se modifica en segmentos en principio viables (ETR $\leq$ 50%), y aumenta en la fase crónica en los no viables (ETR > 50%).