



3. INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN LA EXTENSIÓN DEL DAÑO MIOCÁRDICO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EVALUADO POR RESONANCIA MAGNÉTICA

Iñigo Anduaga Elorza¹, Helder Yubal Mareth Hernandez¹, Oriol de Diego Soler¹, Andrea Arenas Lorient¹, Carlos Roca Guerrero¹, Carlos Igor Morr Verenzuela¹, Teresa López Sobrino¹, Eric Willian Fuentes Latorre¹, Julián Vega Adauy¹, Adelina Doltra Magarolas¹, Rosario Jesús Perea Palazón², Carmen Palacios Echevarren¹, Rut Andrea Riba¹, Emilio Ortega Martínez de Victoria³ y José Tomás Ortiz Pérez¹

¹Servicio de Cardiología, Institut Clínic Cardiovascular ICCV. Hospital Clínic, Barcelona, España, ²Servicio de Radiología, Centro de Diagnóstico por la Imagen CDI. Hospital Clínic, Barcelona, España y ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Instituto Clínic de Enfermedades Digestivas y Metabólicas ICMDM. Hospital Clínic, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La presencia de diabetes mellitus (DM) condiciona un peor pronóstico en el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCAEST) pero los mecanismos implicados no han sido completamente dilucidados. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de la presencia de DM en la gravedad del SCAEST evaluado mediante resonancia magnética cardiaca con realce tardío (RMC-rt).

Métodos: Estudiamos 496 pacientes (90, 18% con DM) con un primer SCAEST tratados con angioplastia primaria (ACTP-p) a los que se les realizó una RMC-rt en las primeras 3 semanas del evento (media $6,6 \pm 3,9$ días). Se recogieron de forma prospectiva datos clínicos, angiográficos, incluida el área miocárdica en riesgo (AMR) mediante el baremo modificado BARI, la fracción de eyección (FE), volúmenes, tamaño del infarto (TI) como % de la masa del ventrículo izquierdo (VI), índice de miocardio salvado como % AMR (IMS) y la presencia y gravedad (nº de segmentos afectados) de obstrucción microvascular (OMV). Al 84% de los pacientes se les realizó otra RMC-rt a los 6 meses.

Resultados: En el análisis univariado, la DM se asoció a TI más grandes ($22,0 \pm 12,1$ vs $19,4 \pm 13,1$ % masa VI, $p = 0,05$), mayor IMS ($41,7 \pm 32,3$ vs $33,2 \pm 30,4$ % AMR, $p = 0,05$) y mayor incidencia de OMV ($58,9$ vs $38,9$ %, $p = 0,001$). Los pacientes con DM presentaban FE más reducidas en situación basal y a los 6 meses, ($43,6 \pm 9,9$ vs $45,9 \pm 10,0$ % y $46,5 \pm 10,1$ vs $50,6 \pm 9,8$ % respectivamente, $p = 0,05$). Tras ajustar por otros factores, la DM fue predictor del tamaño de la OMV (tabla) pero no del tamaño del infarto.

Factores asociados a la obstrucción microvascular

Dependiente

Coeficiente

t

Valor P

IC95%

Tamaño OMV

Independientes

Edad	-0,0092789	-1,25	0,212	(-0,02387-0,00531)
T' de isquemia	0,0004051	1,60	0,111	(-0,00009-0,00090)
Enf. multivaso	0,008749	0,05	0,961	(-0,33821-0,355712)
DM presente	0,7041042	3,18	0,002	(0,26854-1,13966)
AMR (% masa VI)	0,0492569	6,72	0,000	0,03486-0,06365)
TIMI pre-ACTP	-1,090065	-5,28	0,000	(-1,49543--0,68469)
Flujo colateral	-0,5332836	-2,22	0,027	(-1,00580--0,06076)
Sexo (masculino)	0,7900807	3,34	0,001	(0,32484-1,25532)

OMV: obstrucción microvascular; DM: diabetes mellitus; AMR: área miocárdica en riesgo; ACTP: angioplastia coronaria transluminal percutánea.

Conclusiones: La DM se asocia a la presencia y gravedad de la OMV y condiciona una función sistólica peor a los 6 meses del infarto.