



4. LA PARADOJA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL TEJIDO ADIPOSO EPICÁRDICO, TAMAÑO DEL INFARTO Y REMODELADO VENTRICULAR TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: ESTUDIO CON RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA

Héctor Merenciano González¹, José Gavara Doñate², Víctor Marcos Garcés¹, Tamara Molina García³, Jordi Llopis Lorente⁴, M^a Pilar López Lereu⁵, José Vicente Monmeneu Menadas⁵, Nerea Pérez Solé³, César Ríos Navarro³, Elena de Dios Lluch³, Ana Gabaldón Pérez¹, Diego Iraola Viana¹, David Moratal Pérez², Francisco Javier Chorro Gascó¹ y Vicente Bodí Peris¹

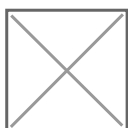
¹Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ²Centro de Biomateriales e Ingeniería Tisular. Universidad Politécnica de Valencia, Valencia, España, ³Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia, España, ⁴Facultad de Medicina. Universitat de València, Valencia, España y ⁵Unidad de Resonancia Magnética Cardíaca. ERESA, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El tejido adiposo epicárdico (TAE) ha emergido como un predictor de aterosclerosis, enfermedad coronaria y eventos cardiovasculares adversos. Sin embargo, su significado tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) en la fase aguda y su asociación con el remodelado ventricular izquierdo postinfarto no se ha aclarado.

Métodos: Se incluyó a 255 pacientes con IAMEST anterior. Se realizó una resonancia magnética cardíaca (RMC) en la 1^a semana tras el IAMEST a todos los pacientes y una RMC a los 6 meses en 195 de ellos. Se cuantificó el volumen de TAE (ml/m²), volúmenes indexados telediastólico y telesistólico del ventrículo izquierdo (VTDVIi y VTSVIi, ml/m²), fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI, %), tamaño del infarto (TI, % de masa VI) y obstrucción microvascular (OMV, % de masa VI). Se categorizó a los pacientes como TAE extenso (> 35 ml/m²) y no extenso (≤ 35 ml/m²) según el tercil superior de la muestra. Se realizó un análisis específico en los pacientes con TI extenso (> 30% de masa VI).

Resultados: Los pacientes con TAE extenso tenían más edad (62 ± 12 vs 57 ± 13 años, p = 0,004), mayor prevalencia de diabetes mellitus (31 vs 16%, p = 0,007) y un peor perfil de riesgo basal (GRACE score 138 ± 37 vs 126 ± 36, p = 0,02). En la RMC precoz, los pacientes con TAE > 35 ml/m² mostraban TI más extenso (31 ± 17 vs 24 ± 16%, p = 0,001), más OMV y mayor edema miocárdico. El TAE se asoció de manera independiente con el TI (coeficiente β estandarizado = 0,30, p < 0,05) y los pacientes con TAE > 35 ml/m² presentaron menor dilatación ventricular (VTDVIi 90 ± 26 vs 111 ± 40, p = 0,011; VTSVIi 51 ± 26 vs 72 ± 36, p = 0,009) y mayor FEVI (46 ± 13 vs 38 ± 10, p = 0,007) en la RMC de seguimiento. A los 6 meses, en una población emparejada por puntaje de propensión (n = 170, 85 con TAE extenso y 85 sin TAE extenso), el TAE se asoció de manera independiente con mayor FEVI y menor dilatación de VTDVIi y VTSVIi solo en la población con TI extenso (p < 0,05 para todas las comparaciones).



Remodelado ventricular a los 6 meses en pacientes con infarto no extenso e infarto extenso.

Conclusiones: El TAE presenta un efecto bimodal en pacientes con IAMEST anterior. El TAE extenso se asocia con mayor tamaño del infarto en fase aguda, pero en aquellos pacientes con infarto extenso, los que presentan mayor cantidad de TAE tienen un menor remodelado adverso en el seguimiento, una paradoja que debe ser investigada.