



5014-10. VALOR PRONÓSTICO DEL REALCE TARDÍO DE GADOLINIO EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE ESTRÉS

Javier Muñoz Sáenz-Diez¹, Ana Ezponda Casajús², Javier Parreño Benito¹, Marina Pascual Izco¹, Fanny Meylin Caballeros Lam³, Ana de la Fuente Villena⁴, Fátima de la Torre Carazo¹, Juan José Gavira Gómez¹ y Gorka Bastarrika Alemán²

¹Servicio de Cardiología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra), España, ²Servicio de Radiología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra), España, ³Servicio de Radiología. Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España y ⁴Servicio de Cardiología. Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La detección de isquemia mediante la resonancia magnética de estrés (RMC-estrés) aporta información diagnóstica y pronóstica en pacientes con enfermedad arterial coronaria conocida o sospechada. El valor diagnóstico del realce tardío de gadolinio (RTG) para identificar escara isquémica está bien establecido. Sin embargo, no está claro el valor pronóstico de la presencia de RTG añadido al resultado de la perfusión. El objetivo de este trabajo fue evaluar el valor pronóstico del RTG en la RMC-estrés.

Métodos: Recogimos retrospectivamente todos los estudios de RMC-estrés realizados en nuestro centro entre mayo de 2017 y junio de 2020. Se recogieron los datos basales y de seguimiento de la historia clínica. Se incluyeron en el análisis aquellos con seguimiento > 3 meses. Como eventos se recogieron: un evento compuesto (mortalidad cardiovascular, infarto agudo de miocardio, ingreso por angina inestable, revascularización coronaria > 3 meses tras la prueba), mortalidad total y hospitalización por insuficiencia cardíaca. El valor pronóstico de la prueba se calculó para el evento compuesto, en función del RTG (sí/no). Se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier y se comparó entre grupos con la prueba de *log rank*. Se ajustó un modelo de regresión para riesgos competitivos (Fine y Gray). La incidencia acumulada del evento compuesto se modeló en presencia del evento competitivo (muerte no cardiovascular). En el análisis multivariante se consideraron como variables de ajuste aquellas relacionadas con el desenlace en el análisis univariante.

Resultados: De una cohorte de 659 pacientes se siguieron 517. Un total de 251 (27,5%) pacientes presentaron RTG en la prueba, 140 (27,1%) con patrón isquémico y 111 (21,5%) con patrón no isquémico. Durante un seguimiento mediano (Q1-Q3) de 1,93 (1,37-2,79) años, se observó una tasa de incidencia de 37,7 personas-año (IC95% 27,4-51,8). Esta fue significativamente superior en pacientes con RTG [63,1 (IC95% 43,9-90,9) vs 16,4 (IC95% 8,5-31,5), RR = 3,85 (IC95% 1,82-8,13) (p 0,001)]. Se incluyen las curvas de supervivencia (figura). Aisladamente el RTG se relaciona con el pronóstico, pero al incluir la perfusión en el análisis multivariante, el RTG deja de tener relevancia estadística [HR = 1,28 (IC 0,46-3,57; p = 0,632)] (tabla).

Modelo multivariante para el evento compuesto utilizando un modelo de riesgos competitivos

	HR (IC95%)	p
Estrés (positivo)	4,50 (1,86-10,9)	0,001
Realce tardío de gadolinio	1,28 (0,46-3,57)	0,632
Dislipemia	1,29 (0,58-2,91)	0,532
Diabetes mellitus	1,32 (0,63-2,78)	0,464
Stent coronario previo	0,69 (0,29-1,62)	0,395
Enfermedad renal crónica	2,78 (0,94-8,2)	0,064
Aspirina	3,25 (1,31-8,1)	0,011
Antiagregantes inhibidores P2Y12	3,12 (1,5-6,51)	0,002
Bloqueadores beta	1,32 (0,61-2,87)	0,478



Curvas de supervivencia para el evento compuesto en función del realce tardío de gadolinio.

Conclusiones: La presencia de RTG en la RMC-estrés no aporta información pronóstica añadida a la prueba de perfusión en un seguimiento a medio plazo.