



5016-8. VALOR PRONÓSTICO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE ESTRÉS CON REGADENOSÓN

Javier Muñoz Sáenz-Diez¹, Ana Ezponda Casajús², Javier Parreño Benito¹, Marina Pascual Izco¹, Fanny Meylin Caballeros Lam³, Ana de la Fuente Villena⁴, 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

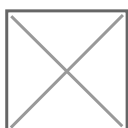
Introducción y objetivos: La resonancia magnética de estrés (RMC-estrés) con vasodilatadores ha demostrado un elevado rendimiento diagnóstico para la detección de enfermedad arterial coronaria (EAC). El regadenosón es un agonista selectivo del receptor de la adenosina A_{2A}, responsable de la vasodilatación coronaria. Debido a este perfil farmacológico más específico que la adenosina, es mejor tolerado y más seguro en subgrupos de riesgo. El valor pronóstico de la RMC-estrés ha sido ampliamente descrito, pero la mayor parte de los datos vienen de trabajos realizados con dipiridamol o adenosina. El objetivo de este trabajo fue evaluar el valor pronóstico de la RMC-estrés con regadenosón.

Métodos: Recogimos retrospectivamente todos los estudios de RMC-estrés con regadenosón realizados entre mayo de 2017 y junio de 2020. Se recogieron los datos basales y de seguimiento de la historia clínica informatizada de nuestro centro. Se incluyeron en el análisis aquellos pacientes con un seguimiento > 3 meses. Como eventos en el seguimiento se recogió un evento compuesto (mortalidad cardiovascular, infarto agudo de miocardio, ingreso por angina inestable y revascularización coronaria > 3 meses tras la prueba) y mortalidad. El valor pronóstico de la prueba se calculó para el evento compuesto, en función del resultado de la perfusión en la prueba (isquemia 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, la muerte no cardiovascular.

Resultados: De una cohorte inicial de 659 pacientes, 517 tuvieron seguimiento. Un total de 142 pacientes (27,5%) dieron positivo para isquemia en la RMC-estrés. Durante un seguimiento mediano (Q1-Q3) de 1,93 (1,37-2,79) años, se observaron 38 eventos del evento combinado, con una tasa de incidencia de 37,7 (IC95% 27,4-51,8). En pacientes con isquemia inducible, la tasa de incidencia fue de 109,6 personas-año (IC95% 75,7-158,7), significativamente superior que aquellos sin isquemia, 13,3 personas-año (IC95% 7,2-24,7), RR = 8,25 (IC95% 4,01-17,00) (p 0,001) (tabla). Las curvas de supervivencia se incluyen en la figura.

Tasa de incidencia en función del resultado de la perfusión de la resonancia magnética de estrés de los diferentes eventos. Tasa expresada en 1.000 personas-año

	RMC- estrés negativa (n = 375)			RMC- estrés positiva (n = 142)			RR (IC95%)	p
Personas-año	n	Tasa de incidencia (IC95%)	Personas-año	n	Tasa de incidencia (IC95%)			
Muerte	767,44	21	27,4 (17,8-42,0)	283,90	5	17,6 (7,3-42,3)	0,64 (0,24-1,71)	0,372
IAM	767,3	1	1,3 (0,18-9,3)	280,4	4	14,3 (5,4-38,0)	11 (1,2-98)	0,007
Angina inestable	766,5	1	1,3 (0,18-9,3)	277,7	3	10,8 (3,5-33,5)	8,3 (0,86-79,1)	0,028
Revascularización coronaria	753,5	9	11,9 (6,2-23)	258,4	25	96,8 (65,3-143)	8,1 (3,8-17,4)	0,001
Evento compuesto	752,5	10	13,3 (7,2-24,7)	255,4	28	109,6 (75,7-158,8)	8,3 (4-17)	0,001
Hospitalización IC	756,2	9	11,9 (6,2-22,9)	280,3	5	17,8 (7,4-42,9)	1,5 (0,5-4,5)	0,465
Para muerte cardiovascular no se calcula la incidencia en los diferentes subgrupos por el escaso número de eventos que hay (uno, en el grupo de RMC-estrés positiva). RMC: resonancia magnética cardiaca; CV: cardiovascular; IAM: infarto agudo de miocardio.								



Curvas de supervivencia para el evento compuesto en función del resultado de la prueba de estrés.

Conclusiones: La detección de isquemia con la RMC-estrés con regadenosón aporta información pronóstica a pacientes con EAC establecida o sospechada.