



Cardiocre



257/126 - PREDICTORES ANALÍTICOS Y ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE DESARROLLO DE CIRCULACIÓN COLATERAL PRECOZ EN INFARTOS AGUDO DE MIOCARDIO EVOLUCIONADOS

A. Gutiérrez Barrios¹, M. Alba Sánchez², D. Ruiz Fernández³, S. Gamaza Chulián², T. Brenes del Pino⁴, W. Delgado Navas⁵, A.M. García Vázquez⁵, G. Calle Pérez⁶, E. Díaz Retamino² y R. Vázquez García⁷

¹FEA Cardiología; ⁴Médico Residente de 2º año de Cardiología; ⁵Medico Residente de 5º año de Cardiología; ⁶FEA Cardiología. Responsable Unidad de Hemodinámica; ⁷FEA Cardiología. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ²FEA Cardiología; ³Medico Residente de 3º año de Cardiología. Hospital de Jerez.

Resumen

Introducción y objetivos: Identificar predictores de desarrollo de circulación colateral (CC) precoz en IAM evolucionados (> 24 horas) (IAMe).

Material y métodos: Estudio ambispectivo ciego multicéntrico de 138 pacientes con IAMe y evidencia angiográfica de oclusión trombótica (TIMI 0) de vaso principal. La CC se clasificó según la clasificación RENTROP y Werner. Los pacientes con RENTROP 0-1 se categorizaron como CC-pobre y CC-desarrollada si RENTROP 2-3. Dos expertos intervencionistas clasificaron de manera ciega la CC.

Resultados: No hubo diferencias significativas en las características entre el grupo con CC-desarrollada (49%) y pobre-CC (51%). La concordancia interobservador para la categorización de CC fue excelente (kappa = 0,88; IC95% 0,82-1,00). Los pacientes con CC-desarrollada presentaban más frecuentemente oclusión de coronaria derecha (ACD) y se presentaban más tardíamente ($8,2 \pm 7$ vs $5,7 \pm 7$ días, $p = 0,15$). El ECG del grupo con pobre-CC mostraba mayor elevación del segmento ST ($0,8 \pm 1,1$ mm vs $2,5 \pm 1,7$ mm ($p < 0,001$) y más derivaciones con ST elevado ($1,4 \pm 1,6$ vs $3,8 \pm 1,6$, $p \leq 0,001$). Los pacientes con CC-desarrollada presentaban más eosinófilos (EOS) absolutos ($1,4 \pm 1,5$ vs $1,46 \pm 0,23\%$, $p = 0,042$) y porcentuales ($0,25 \pm 0,26\%$ vs $0,11 \pm 0,16\%$, $p = 0,01$); menos neutrófilos ($669 \pm$ vs $73 \pm 12\%$, $p = 0,005$) y más linfocitos (2.567 ± 897 vs 1.758 ± 775 $p = 0,001$) y plaquetas (240.692 ± 72.506 vs 183.264 ± 66.028 , $p = 0,002$). El pico de enzima-CK tendía a ser mayor en pacientes con pobre-CC ($p = 0,08$). Las clasificaciones de Rentrop y Werner se correlacionaron con: máxima elevación ST ($r = -0,51$, $p = 0,00003$); EOS ($R = -0,41$, $p = 0,00005$) y EOS% ($R = 0,42$, $p = 0,0004$). El valor predictivo de CC-desarrollada se estimó mediante curva COR. El punto de corte de $0,045$ ml/mm³ EOS mostró: área bajo la curva: 0,75, sensibilidad: 83%.

Conclusiones: Los pacientes con IAMe y CC-desarrollada presentan frecuentemente oclusión de la ACD y menos elevación de ST. Varios parámetros analíticos, especialmente los EOS mostraron ser predictores de buena CC, sugiriendo que puede jugar un papel en su desarrollo.