



# Cardiocre



## 257/130 - IMPACTO PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE CIRCULACIÓN COLATERAL DESARROLLADA EN INFARTOS DE MIOCARDIO EVOLUCIONADOS

T. Bretones del Pino<sup>1</sup>, A. Gutiérrez Barrios<sup>2</sup>, S. Gamaza Chulián<sup>3</sup>, A. Giráldez Valpuesta<sup>3</sup>, E. Díaz Retamino<sup>3</sup>, I. Noval Morillas<sup>1</sup>, F. Lanza<sup>4</sup>, J. Oneto Otero<sup>3</sup>, G. Calle Pérez<sup>5</sup> y R. Vázquez García<sup>6</sup>

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

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Objetivo: valorar la relación entre el desarrollo de circulación colateral (CC) precoz y el pronóstico en infartos de miocardio evolucionados > 24h (IAME)

**Material y métodos:** Estudio ambispectivo multicéntrico de 138 pacientes (2009-2015) con IAME y evidencia angiográfica de oclusión trombótica (TIMI 0) de vaso principal. Dos expertos intervencionistas clasificaron de manera ciega la CC siguiendo las clasificaciones Rentrop y Werner. Los pacientes RENTROP 0-1 se categorizaron como pobre-CC y desarrollada los RENTROP 2-3. Estudio aprobado por comité ético local. Endpoint primario: eventos cardiacos adversos mayores (MACE) a 12 meses definidos como: Mortalidad cardiovascular (MCV), IAM no fatal e ingreso por insuficiencia cardiaca. Endpoint secundario: MCV a 12 meses.

**Resultados:** No hubo diferencias en las características basales entre los pacientes con CC-pobre y desarrollada. 60 pacientes (51%) presentaban CC-pobre. La concordancia interobservador para la categorización de CC fue excelente (kappa = 0,88; IC95% 0,82-1,00). El seguimiento medio fue 3 años (rango intercuartílico 1,1-4,8). Los eventos a un año MACE (27,3% vs 4,2%, p = 0,003) y MCV (18,2% vs 2,1% p = 0,01) y el shock cardiogénico (13% vs 0%, p = 0,017) fueron mayores en el grupo con pobre-CC. Ni la revascularización del vaso responsable ni la revascularización completa mejoraron los endpoints estudiados (p > 0,05). Cuando la revascularización del vaso responsable se acompañaba de CC-desarrollada mejoraron los MACE (23,8% vs 5,9%, p = 0,02) y la MCV (15,9% vs 2,9%). En seguimiento la curva Kaplan-Meier mostraba que hubo más MACE en el grupo con CC-pobre (long rank test, p 0,05) y los paciente con pobre-CC se encontraban más frecuentemente en CF III-IV (16% vs 0%, p = 0,01).

**Conclusiones:** La presencia de CC-desarrollada en IAME se asocia a menor tasa de eventos en el seguimiento.