



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

A. Gutiérrez Barrios<sup>1</sup>, M. Alba Sánchez<sup>2</sup>, D. Ruiz Fernández<sup>3</sup>, S. Gamaza Chulián<sup>2</sup>, T. Brenes del Pino<sup>4</sup>, W. Delgado Navas<sup>5</sup>, A.M. García Vázquez<sup>5</sup>, G. Calle Pérez<sup>6</sup>, E. Díaz Retamino<sup>2</sup> y R. Vázquez García<sup>7</sup>

<sup>1</sup>FEA Cardiología; <sup>4</sup>Médico Residente de 2º año de Cardiología; <sup>5</sup>Medico Residente de 5º año de Cardiología; <sup>6</sup>FEA Cardiología. Responsable Unidad de Hemodinámica; <sup>7</sup>FEA Cardiología. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>2</sup>FEA Cardiología; <sup>3</sup>Medico Residente de 3er 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 tarde (8,2 ± 7 vs 5,7 ± 7 días,  $p = 0,15$ ). El ECG del grupo con pobre-CC mostraba mayor elevación del segmento ST (0,8 ± 1,1 mm vs 2,5 ± 1,7 mm ( $p = 0,001$ ) y más derivaciones con ST elevado (1,4 ± 1,6 vs 3,8 ± 1,6,  $p < 0,001$ ). Los pacientes con CC-desarrollada presentaban más eosinófilos (EOS) absolutos (1,4 ± 1,5 vs 1,46 ± 0,23%,  $p = 0,042$ ) y porcentuales (0,25 ± 0,26% vs 0,11 ± 0,16%,  $p = 0,01$ ); menos neutrófilos (669 ± vs 73 ± 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/mm<sup>3</sup> 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.