**EVALUACIÓN DEL TAMAÑO DEL INFARTO INFERIOR SEGÚN LA ARTERIA RESPONSABLE.**

*Leonardo Pilón, Franco Marino, Belén Vila Ortiz, Leandro Lasave, Fernando Bagnera, Gerardo Zapata.*

*Unidad Coronaria - Instituto Cardiovascular de Rosario.*

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio inferior (IAMi) en su gran mayoría ocurre por oclusión aguda de la arteria coronaria derecha (CD), aunque en un número no menor de los casos la arteria responsable del infarto (ARI) puede ser la circunfleja (Cx). Si en estas situaciones la dominancia es izquierda, el ventrículo izquierdo se abastece completamente del árbol coronario izquierdo, mientras que la CD no dominante sólo suministra sangre al ventrículo y a la aurícula derecha. Un IAMi con Cx dominante podría suponer una mayor área de miocardio en riesgo con un eventual mayor tamaño del infarto (TI) y un peor pronóstico intrahospitalario.

**Objetivo:** Evaluar el TI y los eventos intrahospitalarios en pacientes con IAMi según la ARI.

**Material y método:** El estudio evaluó una base de datos que incluyó en forma retrospectiva y consecutiva a todos los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST desde el 1/2014 al 01/2019. Se seleccionó aquellos con IAMi con angioplastia primaria en los que se evaluó el TI con SPECT cardíaca, excluyéndose los que tenían infarto previo, los no reperfundidos y en los que no fue posible la realización de SPECT. Se analizó su característica basal, se los dividió en 2 grupos según la ARI (CD o Cx) y se comparó el TI en cada uno de ellos. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y percentilos; las categóricas como n y porcentaje. Las comparaciones se realizan con los métodos t-Student y Chi Cuadrado o Fisher según corresponda.

**Resultado:** 396 pacientes con diagnóstico de IAMCEST, de los cuales 124 (31%) eran IAMi. En un 47% (n=58) el infarto también comprometió la cara lateral, en el 60% (n=74) la pared posterior y en el 24% (n=30) el ventrículo derecho. El 81,5% (n=101) fueron hombres, 53% hipertensos (n=66), 14,5% diabéticos (n=18) y 32% dislipémicos (n=40). El 9% (n=11) tenía antecedente de angioplastia coronaria previa. La arteria CD fue dominante en un 85,5% (n=106), mientras que en el 14,5% (n=18) la dominancia fue izquierda. La ARI fue la CD en el 72,6% de los casos (n=90); en el 27,4% (n=34) fue la Cx. En el grupo CD la mediana del TI fue de 7,5% (P25: 2–P75: 17), mientras que en el grupo Cx fue de 9,5% (P25: 2–P75: 20), sin diferencias significativas entreambos grupos (p=0,33).

**Conclusión:** Si bien en nuestra población se observó una tendencia a un mayor TI por oclusión de la arteria CX, no pudo demostrarse diferencia estadísticamente significativa entre la oclusión de las arterias CD y Cx en el IAMi.