



5. ANEURISMAS CORONARIOS GIGANTES: PERFIL CLÍNICO Y FACTORES PRONÓSTICOS A LARGO PLAZO

Iván Javier Nuñez Gil¹, Iván Sánchez², Enrico Cerrato³, Santiago Jesús Camacho Freire⁴, Pedro Villablanca⁵, José M. de la Torre Hernández⁶, Isaac Pascual⁷, Juan Sebastián Albistur Reyes⁸, Jesús María Jiménez Mazuecos⁹, Carolina Espejo Paeres¹⁰, Emilio Alfonso Rodríguez¹¹, Ignacio J. Amat Santos¹², Mohammad Alkhouli¹³, Cristoph Liebetrau¹⁴ y Antonio Fernández Ortiz²

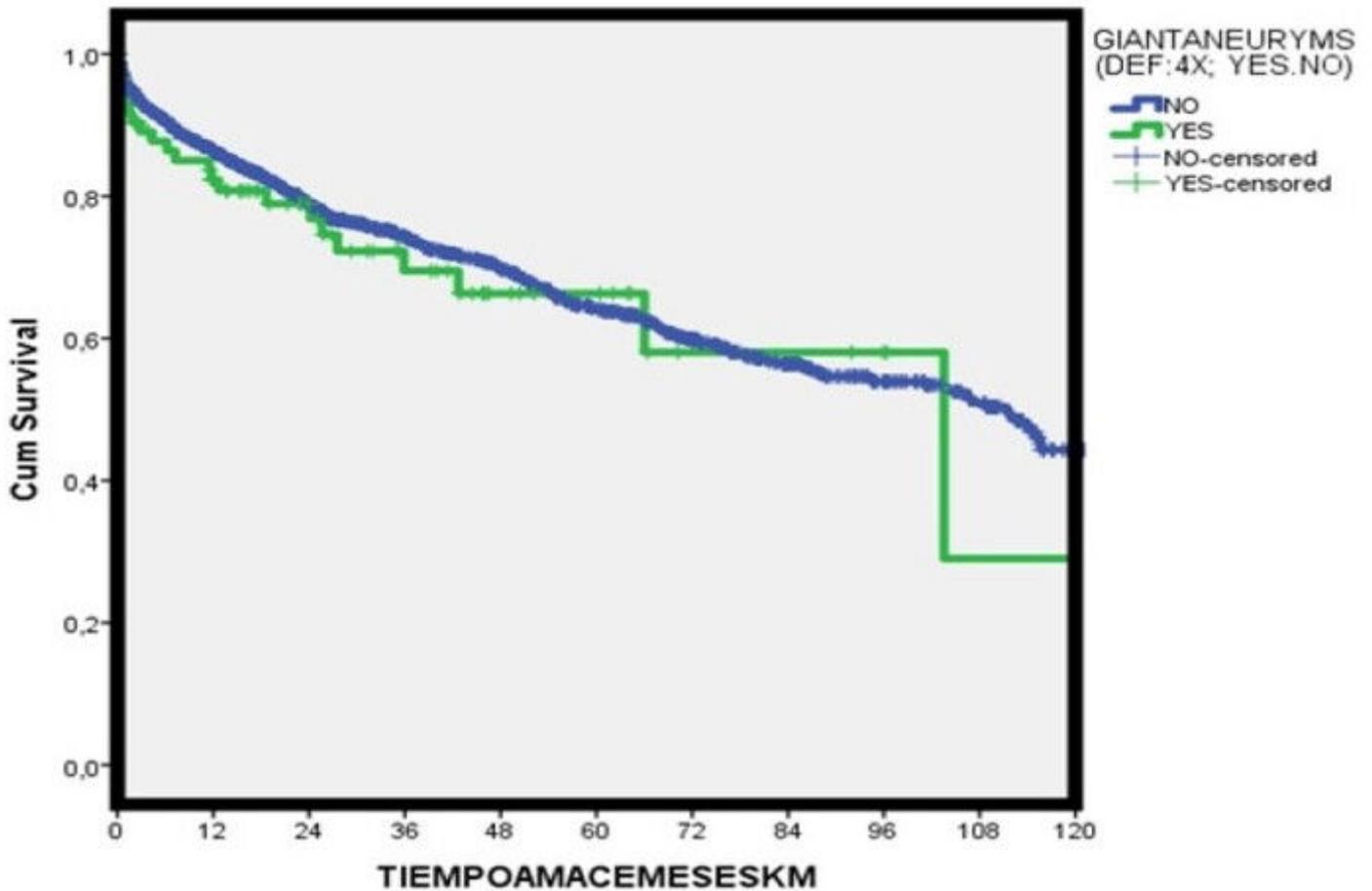
¹Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ³Infermi Hospital, Turin, Italia, ⁴Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España, ⁵Henry Ford Hospital, Detroit Michigan, Estados Unidos, ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, ⁷Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España, ⁸Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay, ⁹Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España, ¹⁰Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, ¹¹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ¹²Instituto de Ciencias del Corazón ICICOR, Valladolid, España, ¹³West Virginia University Heart and Vascular Institute, Morgantown West Virginia, Estados Unidos y ¹⁴Kerckhoff Heart Centre, Bad Nauheim Hessen, Alemania.

Resumen

Introducción y objetivos: El objetivo fue caracterizar el perfil clínico y evaluar los factores que afectan los resultados clínicos a largo plazo de pacientes con aneurismas coronarios gigantes.

Métodos: Se realizó un subanálisis de un registro ambispectivo internacional de aneurismas de coronarios en 33 hospitales de 9 países (Canadá, Cuba, República Checa, Alemania, Italia, Países Bajos, España, EE. UU. y Uruguay). A todos los pacientes se les realizó angiografía coronaria y se consideró aneurisma coronario como una dilatación focal > 1,5 veces el tamaño normal de segmentos adyacentes. Los aneurismas gigantes se diagnosticaron cuando esta dilatación focal alcanzó 4 veces la referencia. El objetivo primario fue un evento combinado (MACE) compuesto por muerte de cualquier causa, insuficiencia cardiaca, angina inestable y/o reinfarto.

Resultados: El presente análisis comprendió 86 pacientes con un aneurisma coronario gigante sobre 1.622 incluidos de 2004 a 2022. La mayoría varones (84,9%) y caucásicos (93,0%), la mediana de edad fue 67,8 (13,3) años, presentaron frecuentemente factores de riesgo cardiovascular: hipertensión (70,9%), dislipemia (54,7%), diabetes (22,1%), tabaquismo (34,9%), con alguna estenosis coronaria grave (82,6%, mediana de 2,0 vasos). La FEVI media fue del 51,1% (12,8). En el 65,1% el motivo para realizar el cateterismo índice fue agudo y se sometió a algún procedimiento de revascularización (58,1%) durante el ingreso. La mayoría de los aneurismas eran saculares (58,1%). Tras un seguimiento mediano de 23,9 (RIC: 11,8-44,7) meses, el evento primario se presentó en el 26,7% y el 14% (12 pacientes) fallecieron, la mitad por causas cardiovasculares. Con un perfil clínico similar entre grupos, en cuanto al desarrollo de MACE (análisis univariante) solo las siguientes variables presentaron diferencias estadísticamente significativas: FEVI (45 vs 52,9%, p = 0,024) y uso de doble antiagregación al alta (36,2 vs 13,5%, p = 0,019) mientras que el uso de anticoagulantes sugirió un beneficio potencial (20,0 vs 33,3%, p = 0,35).



Curva de KM en relación con MACE comparando pacientes con aneurismas gigantes y paciente con aneurismas que no cumplen criterios de lo anterior.

Conclusiones: Los pacientes con aneurismas coronarios gigantes, con frecuencia, presentan factores de riesgo cardiovascular y enfermedad coronaria estenótica.

A pesar del tamaño y el alto riesgo isquémico con varios eventos durante el seguimiento, con el manejo contemporáneo se observan pocas complicaciones locales a nivel de aneurismas.