



Revista Española de Cardiología (English Edition)

<http://www.revespcardiol.org>



6032-13 - ESTRATEGIA TERAPÉUTICA ÓPTIMA EN PACIENTES CON DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA. ¿QUEDA TANTO POR CONOCER?

Álvaro Gabaldón Badiola, Felipe Díez del Hoyo, María Tamargo Delpón, Jorge García Carreño, Enrique Gutiérrez Ibañes, María Eugenia Vázquez Álvarez, Javier Soriano Triguero, Jaime Elízaga Corrales, Miriam Juárez Fernández, Iago Sousa Casanovas, Manuel Martínez-Sellés D'Oliveira Soares, Francisco Fernández-Avilés Díaz y Ricardo Sanz Ruíz

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IISGM, CIBERCV, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento idóneo de la disección arterial coronaria espontánea (DCE) es objeto de debate, considerándose el manejo médico con antiagregación y bloqueadores beta como la opción más adecuada en las recomendaciones de expertos, aunque la evidencia al respecto es escasa.

Métodos: Análisis retrospectivo con datos clínicos, angiográficos y de manejo del registro prospectivo de pacientes con DCE de un hospital terciario entre los años 2004 y 2021. Se incluyeron eventos cardiovasculares mayores (recurrencia de disección o infarto agudo de miocardio y mortalidad cardiovascular) en función del manejo (médico o intervencionista) a largo plazo.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes con diagnóstico de DCE con un seguimiento medio de $5,8 \pm 4$ años. No se hallaron diferencias a nivel de características basales de las pacientes a nivel de eventos mayores. A nivel de tratamiento, se optó por intervencionismo percutáneo en el 38% de los casos y tratamiento médico en el resto, con antiagregación simple en un 31% de los casos, doble antiagregación en un 18% de los pacientes, y ningún antiagregante en el 5% de los pacientes. No hubo diferencias en la proporción de fracaso terapéutico (definido como necesidad de reintervencionismo durante el ingreso en el grupo de intervencionismo, o intervencionismo en el grupo de tratamiento médico) entre ambas estrategias (13,0 vs 18,4%, $p = 0,58$). No hubo diferencias en recurrencia o reinfarto ni en mortalidad a largo plazo en pacientes tratados o no con bloqueadores beta, estatinas, vasodilatadores, ni entre los pacientes manejados de forma médica o intervencionista (tabla 1). Solo hubo dos fallecimientos en nuestra cohorte, de causa no cardiovascular. Se encontró una asociación significativa entre mortalidad global y edad a la presentación ($p = 0,01$), hipertensión ($p = 0,05$), dislipemia ($p = 0,01$) y presentación de la DCE como fibrilación ventricular ($p = 0,03$), aunque las causas de fallecimiento fueron no cardiovasculares (cáncer de páncreas a los 77 años y sepsis abdominal a los 82 años).

Variable	Recurrencia o reinfarto		p	Mortalidad		Total (n = 61)
	No (n = 52)	Sí (n = 9)		No (n = 59)	Sí (n = 2)	

Edad	51 ± 12	51 ± 8	0,96	51 ± 11	71 ± 1	0,01	51 ± 12
Sexo (M)	82,7%	88,9%	0,64	84,7%	50,0%	0,19	83,6%
Hipertensión	30,8%	55,6%	0,15	32,2%	100%	0,05	34,4%
Dislipemia	25,0%	11,1%	0,36	20,3%	100%	0,01	23,0%
Diabetes	3,8%	0%	0,55	3,4%	0%	0,79	3,3%
FV/PCR	9,6%	0%	0,33	6,8%	50,0%	0,03	8,2%
ACTP	36,5%	44,4%	0,65	35,6%	100%	0,06	37,7%
Manejo médico sin antiagregación	5,8%	0	0,46	4,9%	0%	0,74	4,9%
Manejo médico con antiagregación simple	32,7%	22,2%	0,53	32,2%	0%	0,33	31,1%
Manejo médico con doble antiagregación	17,3%	22,2%	0,72	18,6%	0%	0,5	18,0%
IECA/ARA-II	38,0%	44,4%	0,72	36,8%	100%	0,07	39,0%
Nitratos	9,8%	11,1%	0,90	10,3%	0%	0,63	10,0%
Bloqueadores beta	82,0%	77,8%	0,76	80,7%	100%	0,49	81,4%
Estatinas	64,0%	66,7%	0,88	63,2%	100%	0,28	64,4%

ACTP: angioplastia coronaria transluminal percutánea; ARA-II: antagonista del receptor II de la angiotensina; FV: fibrilación ventricular; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; M: mujer; PCR: parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones: Los resultados de nuestra serie reflejan que la DCE es una entidad de buen pronóstico a largo plazo, sin diferencias en función de las diferentes estrategias farmacológicas o intervencionistas aplicadas. Aun así, son necesarios estudios con un mayor número de pacientes para poder llegar a recomendaciones más sólidas.