



4014-7. ANÁLISIS Y RESULTADOS DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO A LOS QUE SE REALIZA ANGIOPLASTIA CORONARIA EMERGENTE POR OCLUSIÓN TROMBÓTICA DE TRONCO COMÚN IZQUIERDO NO PROTEGIDO COMO LESIÓN CULPABLE

Manuela Romero Vazquianez¹, Eduardo Arroyo Úcar¹, Derek Dau Villareal², Juan Antonio Belda Cutillas¹, Natalia Amores González¹, Lorena González Ródenas¹, José Martínez Crespo², Manuel Cristian García Serrano², Isabel Benito Agüera² y Francisco Torres Saura¹

¹Hospital General Universitario de Vinalopó, Elche, Alicante. ²Hospital de Torrevieja, Alicante.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes (p) que presentan un infarto agudo de miocardio (IAM) causado por trombosis del tronco común izquierdo no protegido (TCINP) representan un subgrupo de p de alto riesgo. Analizamos las características clínicas y evolución de los p con IAM secundario a oclusión de TCINP a los que se realiza una angioplastia coronaria emergente (ICPe).

Métodos: Estudio retrospectivo, monocéntrico, de pacientes con IAM con elevación de ST (IAMCEST) o IAM sin elevación del ST (IAMSEST) con criterios de ICPe entre 08/2013 a 03/2019 secundario a oclusión trombótica de TCINP. El objetivo primario fue la mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 16 p, edad media de $66,9 \pm 9,8$ años (tabla). Solo 2 mujeres, 3 diabéticos y 5 con cardiopatía isquémica previa. 9 p presentaban elevación de ST (SCACEST), 7 sin elevación de ST (SCASEST), 2 con parada extrahospitalaria (PCR) y 9 p con Killip IV. La mayoría se realizó la ICPe 12 horas (24h = 1p). 50% realizados por vía femoral, 4 p con TIMI inicial 0-1 y 12 p con afectación de TCI distal (2p ostial y 2p cuerpo). Se implantó balón de contrapulsación a 7 p, 11 p eran multivaso y a 5 p se realizó tromboaspiración. Al 100% se le implantó *stent*, en 7 se utilizaron 2 *stents* para la bifurcación del TCI, solo 1 convencional. Solo a 3 p se les realizó imagen intracoronaria, la revascularización fue completa en 10 p, siendo el éxito del procedimiento del 87,5% (14p). La mortalidad intrahospitalaria fue del 43,8% (7p), 2p intraprocedimiento (12,6%), los 5 restantes murieron por *shock* cardiogénico. De los 9 p dados de alta, 8 tienen seguimiento completo de un año, todos sin eventos. Se asoció significativamente con la mortalidad intrahospitalaria la hipertensión (p 0,02), la presentación SIN elevación de ST (p 0,04), la clase Killip IV (p 0,04) y la disfunción ventricular (p 0,001).

Características de los pacientes en relación a la mortalidad

N = 16

Muertos

Vivos

p

Edad (años)	66,9 ± 9,8	68,86	70,67	0,69
Varones (%)	14 (87,5)	6	8	0,8
DM (%)	3 (18,8)	2	1	0,51
HTA (%)	11 (68,8)	7	4	0,02
ICP previa (%)	4 (25)	1	3	0,24
PCR (%)	2 (12,5)	2	0	0,18
SCACEST (%)	9 (56,4)	2	7	
SCASEST (%)	7 (43,6)	5	2	0,04
Killip IV (%)	9 (56,3)	6	3	0,04
Troponina I ?g/ml	152,92	289,83	61,72	0,23
FEVI	35,6	22,1	44,6	0,001
	0-1 = 4 (25)			
TIMI inicial (%)	2 = 4 (25)	Media: 1,71	Media: 2,22	0,44
	3 = 8 (50)			
% estenosis (media)	88,7 ± 12,3	92,7	85,6	0,26
	1-0-0 = 4 (25)	2	2	
Bifurcación media (%)	1-1-0 = 5 (31,3)	2	3	
	1-1-1 = 7 (43,8)	3	4	

Nº <i>stent</i>	2 = 7 (43,8)	2	5	0,28
	1 = 9 (56,3)	5	4	
Dominancia izquierda	2 (12,9)	2	0	0,09
Revascularización completa	10 (62,5)	Sí = 3	Sí = 7	0,15
		No = 4	No = 2	
Inhibidores IIbIIIa	6 (37,5)	3	3	0,70
Ausencia TIMI 3 final (%)	2 (12,6)	2	0	0,08
TIMI 3 final (%)	14 (87,5)	Media: 2,43	Media: 3	0,23

Conclusiones: La oclusión trombótica del TCINP es infrecuente y puede presentarse como SCACEST pero no siempre. La ICPe proporciona una opción de tratamiento importante en este grupo de p; sin embargo, a pesar del éxito del procedimiento, estos p presentan una elevada mortalidad intrahospitalaria.