



Revista Española de Cardiología



4010-3. TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO EN PACIENTES CON DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA MANEJADA DE FORMA CONSERVADORA

Fernando Macaya Ten¹, Enrico Cerrato², Ricardo Mori Junco¹, Federico Giacobbe³, Pablo Salinas Sanguino¹, Giorgio Quadri², Hernán David Mejía Rentería¹, Iván Núñez Gil¹, Gabriela Tirado Conte¹, Pilar Jiménez Quevedo¹, Luis Nombela Franco¹, Antonio Fernández Ortiz¹, Nieves Gonzalo López¹, Ferdinando Varbella² y Javier Escaned Barbosa¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²San Luigi Gonzaga University Hospital, Turin (Italia). ³AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Turin (Italia).

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de antiagregación plaquetaria en pacientes con disección coronaria espontánea (DCE) manejados médicamente es controvertido por falta de evidencia en esta población particular. El objetivo de este trabajo fue analizar los resultados clínicos asociados a los regímenes de antiagregación plaquetaria simple frente a doble en pacientes con DCE manejados médicamente.

Métodos: Se analizó la población de un registro observacional multicéntrico de DCE que incluye 23 centros de Italia y España. Se clasificó a los pacientes en 2 grupos según el régimen de antiagregación prescrito: simple o doble. La variable resultado primaria elegida fue un combinado de eventos adversos cardiovasculares mayores (muerte por cualquier causa, infarto no fatal y revascularización no planeada) analizado a los 12 meses. Se realizó análisis multivariable para ajustar por factores de confusión identificables.

Resultados: De los 314 pacientes con DCE de este registro, 199 fueron manejados médicamente e incluidos en el análisis. La mayoría fueron tratados con antiagregación simple (n = 132, 66,3%) frente a una minoría con pauta doble (n = 67, 33,7%). En adición a la aspirina, el segundo antiagregante fue: clopidogrel (63%), ticagrelor (36%) y prasugrel (1%). No hubo diferencias significativas entre los grupos (tabla). El combinado de eventos adversos sucedió en un 14,6% en el total de la población a los 12 meses, siendo más frecuente en los pacientes tratados con régimen de doble antiagregación que en los tratados con régimen simple (18,9 vs 6,0%, p = 0,013), a expensas de sendos incrementos significativos en la incidencia de infarto no fatal y en revascularización no planeada, esencialmente durante el primer mes (fig.). No hubo diferencias en hemorragias (todas ellas menores). Tras ajuste multivariable, la asociación de la doble antiagregación con la variable resultado primaria fue significativa (HR: 4,54; IC95% 1,31 -14,28; p = 0,016).

Características de los pacientes

Todos (N = 199)	Doble (N = 132)	Simple (N = 67)	Valor p
-----------------	-----------------	-----------------	---------

Edad	52,3 ± 9,3	52,1 ± 8,9	52,7 ± 10,1	0,69
Mujer	177 (88,9)	116 (87,9)	61 (91,1)	0,5
Diabetes	6 (3,0)	5 (3,9)	1 (1,5)	0,66
Dislipemia	74 (37,2)	48 (36,4)	26 (38,8)	0,74
Hipertensión arterial	79 (39,7)	53 (40,2)	26 (38,8)	0,89
Fumador activo	52 (26,1)	39 (29,5)	13 (19,4)	0,13
Hipotiroidismo	26 (13,1)	14 (10,6)	12 (17,9)	0,18
Terapia hormonal	24/177 (13,6)	14/116 (12,1)	10/61 (16,4)	0,46
Gran múltipara (> 3 embarazos)	24/177 (13,6)	15/116 (12,9)	9/61 (14,7)	0,39
Elevación del ST	74 (37,2)	46 (35,4)	28 (42,4)	0,33
Afectación de tronco	1 (0,5)	0	1 (1,4)	0,32
Descendente anterior-diagonal	105 (52,8)	73 (55,3)	32 (47,8)	0,31
Circunfleja-marginal	54 (26,7)	37 (28,0)	17 (25,4)	0,69
Coronaria derecha	39 (19,3)	22 (16,7)	17 (25,4)	0,14
TIMI 3 basal	116 (58,9)	77 (59,3)	39 (58,2)	0,89
Imagen intracoronaria	20 (10,1)	14 (10,6)	6 (8,9)	0,71
Fracción de eyección (%)	56,0 ± 7,8	56,0 ± 7,1	56,1 ± 8,9	0,97
Tiempo de hospitalización (días)	7,35 ± 5,31	6,99 ± 3,92	8,05 ± 4,46	0,42



Resultados clínicos a 1 año.

Conclusiones: En pacientes con disección coronaria espontánea manejados médicamente, la pauta de antiagregación doble se asoció a una mayor incidencia de eventos adversos al cabo de 1 año en comparación con la pauta simple. Por su importante implicación en la práctica clínica, este posible efecto perjudicial del tratamiento antiagregante potente debe ser confirmado por otros estudios.