Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 955

Revista Española de Cardiología

4026-4. DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA MULTIVASO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANGIOGRÁFICAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Jorge Salamanca Viloria[1], Marcos García-Guimaraes[2], Manel Sabaté[3], Ricardo Sanz Ruíz[4], Fernando Macaya Ten[5], Gerard Roura Ferrer[6], Marcelo Jiménez Kockar[7], Juan Manuel Nogales Asensio[8], Helena Tizón Marcos[2], Maite Velázquez Martín[9], Gabriela Veiga Fernández[10], Teresa Bastante Valiente[1], Teresa Alvarado Casas[1], Pablo Díez Villanueva[1] y Fernando Alfonso[1]

[1]Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, [2]Hospital del Mar, Barcelona, [3]Hospital Clínic, Barcelona, [4]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, [5]Hospital Clínico San Carlos, Madrid, [6]Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, [7] Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, [8]Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, [9]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y [10]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción y objetivos: La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo. La tasa de pacientes con DCE y afectación multivaso (DCE-MV) varía según series entre el 6-13%. La DCE-MV podría presentar peor pronóstico comparado con las DCE con afectación de un único vaso (DCE-UV). Los datos comparativos entre ambos grupos son escasos.

Métodos: En el registro nacional de DCE se incluyeron 389 pacientes consecutivos y se clasificaron según el número de vasos afectados en dos grupos: DCE-UV y DCE-MV. Todas las angiografías fueron evaluadas en un laboratorio central y los eventos adjudicados por un comité central de eventos. Se definió el evento mayor hospitalario (MAE) como un compuesto de muerte, reinfarto, revascularización no planeada, *shock* cardiogénico, arritmia ventricular o ictus. Se definió el evento adverso mayor cardiaco o cerebrovascular (MACCE) en el seguimiento como un compuesto de muerte, reinfarto, revascularización no planeada, recurrencia de DCE o ictus.

Resultados: 41 pacientes (10,5%) presentaron DCE-MV (tabla). No existieron diferencias significativas entre grupos en cuanto a la distribución por sexo, edad y factores de riesgo cardiovascular. Los pacientes con DCE-MV presentaron más frecuentemente hipotiroidismo previo (22 vs 11%, p = 0,04) y trastorno de ansiedad (32 vs 16%, p = 0,01). Al ingreso los pacientes MV presentaron más frecuentemente SCASEST (73 vs 52%, p = 0,01). Respecto a las características angiográficas, los pacientes MV presentaban más frecuentemente lesiones de tipo 3 (19 vs 6%, p 0,01) y menos lesiones de tipo 1 (12 vs 21%, p = 0,04). La tasa de flujo TIMI 0-1 fue menor en los pacientes con DCE-MV (14 vs 29%, p 0,01). En ambos grupos la mayoría de los pacientes recibieron tratamiento conservador (71 vs 79%, p = NS). No encontramos diferencias en MAE durante el ingreso ni en MACCE (18 vs 12%, p = 0,28) durante el seguimiento (mediana 29 meses). Sin embargo, los pacientes con DCE-MV presentaron más ictus durante el ingreso (2,4 vs 0%, p 0,01) y en el seguimiento (5,1 vs 0,6%, p = 0,01).

Características clínicas basales, angiográficas, tratamiento y eventos

	Global (N = 389, 441 lesiones)	Vaso único (n = 348)	Multivaso (n = 41, 93 lesiones)	p
Edad, años	54 ± 11	54 ± 12	55 ± 10	0,82
Sexo (mujer)	344 (88%)	305 (88%)	39 (95%)	0,15
Hipertensión	139 (36%)	119 (34%)	20 (49%)	0,06
Enfermedad del tejido conectivo	2 (0,5%)	2 (0,6%)	0	0,62
Enfermedad inflamatoria crónica	18 (5%)	16 (5%)	2 (5%)	0,93
Displasia fibromuscular	34/106 (32%)	27/92 (29%)	7/14 (50%)	0,12
Arteria coronaria afectada*				
TCI	10 (2%)	7 (2%)	3 (3%)	0,48
DA	196 (44%)	162 (47%)	34 (37%)	0,08
Cx	141 (32%)	108 (31%)	33 (35%)	0,41
CD	94 (21%)	71 (20%)	23 (25%)	0,36
Clasificación angiográfica*				
Tipo 1	84 (19%)	73 (21%)	11 (12%)	0,04
Tipo 2a	162 (37%)	125 (36%)	37 (40%)	0,49
Tipo 2b	109 (25%)	89 (26%)	20 (22%)	0,41
Tipo 3	38 (9%)	20 (6%)	18 (19%)	0,01
Tipo 4	48 (11%)	41 (12%)	7 (8%)	0,24

Flujo TIMI inicial*	2,2 ± 1,1	2,1 ± 1,1	2,5 ± 0,9	0,01
FEVI	57 ± 9	57 ± 9	58 ± 10	0,58
Tratamiento al alta				
Aspirina	354 (93%)	316 (92%)	38 (95%)	0,55
Doble antiagregación	221 (58%)	193 (56%)	28 (70%)	0,1
Beta-bloqueante	304 (79%)	274 (80%)	30 (75%)	0,44
IECA/ARA II	196 (51%)	174 (51%)	22 (51%)	0,62
Estatinas	288 (75%)	256 (75%)	32 (80%)	0,47
MAE intrahospitalario (n = 389)	25 (6%)	21 (6%)	4 (10%)	0,35
Muerte	7 (2%)	6 (1,7%)	1 (2,4%)	0,74
Reinfarto de miocardio	11 (3%)	10 (2,9%)	1 (2,4%)	0,87
Revascularización no planeada	17 (4%)	15 (4,3%)	2 (4,8%)	0,59
Arritmia ventricular	5 (1,3%)	4 (1,1%)	1 (2,4%)	0,48
Shock cardiogénico	7 (1,8%)	5 (1,4%)	2 (4,8%)	0,11
Ictus	1 (0,3%)	0	1 (2,4%)	0,01
MACCE en el seguimiento (n = 355)	46 (13%)	39 (12%)	7 (18%)	0,28
Muerte	9 (2,5%)	8 (2,5%)	1 (2,6%)	0,96
Reinfarto de miocardio	27 (8%)	22 (7%)	5 (13%)	0,17

Revascularización no planeada	22 (6%)	20 (6%)	2 (5%)	0,8
DCE recurrente	7 (2%)	5 (1,6%)	2 (5,4%)	0,12
Ictus	4 (1,1%)	2 (0,6%)	2 (5,3%)	0,01

*Análisis realizado por lesión. TCI: tronco coronario izquierdo; DA: arteria descendente anterior; Cx: arteria circunfleja; CD: arteria coronaria derecha; TIMI: Thrombolysis In Myocardial Infarction; MAE: evento mayor; MACCE: evento adverso mayor cardiaco o cerebrovascular.

Curvas de supervivencia libre de MACCE estimadas mediante el método Kaplan-Meier y según la presencia de DCE multivaso en la coronariografía.

Conclusiones: Los pacientes con DCE-MV presentan algunas características clínicas y angiográficas diferentes. Aunque no hubo diferencias en los eventos combinados hospitalarios o a largo plazo, la tasa de ictus fue significativamente mayor en los pacientes con DCE-MV.