



## 6010-84. SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SECUNDARIO A ESTENOSIS DE LA ARTERIA CIRCUNFLEJA: PREDICTORES ELECTROCARDIOGRÁFICOS, RETRASO DE LA REPERFUSIÓN Y PRONÓSTICO

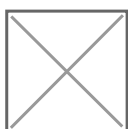
Pedro Pérez Díaz<sup>1</sup>, Alfonso Jurado Román<sup>2</sup>, Ignacio Sánchez Pérez<sup>1</sup>, María Thiscal López Lluva<sup>1</sup>, José Abellán Huerta<sup>1</sup>, Ramón Maseda Uriza<sup>1</sup>, Jesús Piqueras Flores<sup>1</sup>, Juan Antonio Requena Ibáñez<sup>1</sup>, Raquel Frías García<sup>1</sup> y Fernando Lozano Ruiz Poveda<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real y <sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La obstrucción de la arteria circunfleja está infradiagnosticada en muchos estudios de revascularización, debido a su pobre expresividad electrocardiográfica y diagnóstico tardío, lo cual induce un aumento del tamaño del infarto y tiempo de reperfusión.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo, incluyendo 323 pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) atendidos en un hospital universitario entre 2016 y 2018. Estudiamos clínica, biomarcadores cardíacos, electrocardiograma y retraso de reperfusión en función de la arteria responsable. En caso de lesión oclusiva (TIMI = 0), analizamos tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones y morbimortalidad intrahospitalaria y a largo plazo.

**Resultados:** La circunfleja fue el vaso responsable en un 14%, encontrándose ocluida en un 13%. La mediana del pico de troponina-I fue  $75 \pm 51$ ,  $47 \pm 57$  y  $37 \pm 64$  ng/ml en descendente anterior (DA), circunfleja (CX) y coronaria derecha (CD) respectivamente ( $p = 0,01$ ). La alteración electrocardiográfica más frecuente en pacientes con circunfleja como lesión responsable fue «descenso del segmento ST en V1-V3 con ascenso en II, III y AVF» (sensibilidad/especificidad = 11/96%; valor predictivo positivo/negativo = 29/86%). La mediana de tiempo desde el inicio de síntomas hasta urgencias fue  $139 \pm 313$ ,  $157 \pm 220$  y  $166 \pm 116$  minutos respectivamente ( $p = 0,101$ ), sin diferencias en el tiempo desde urgencias hasta hemodinámica ( $p = 0,767$ ) (figura). 305 pacientes fueron sometidos a angioplastia: tromboaspiración en 142 (47%), balón en 9 (3%) y ? 1 stents en 270 (89%). La mediana de la puntuación Syntax fue  $12 \pm 16$ , con un éxito angiográfico del 99%. La oclusión aguda de la DA determinó una peor función sistólica post-IAM (43 frente a 52% y 54%;  $p = 0,001$ ) y mayor mortalidad intrahospitalaria (8,2 frente a 0 frente a 0,9%;  $p = 0,009$ ), 1 mes posinfarto (9 frente a 0 frente a 1,9%;  $p = 0,014$ ), 6 meses posinfarto (11 frente a 3 frente a 2%;  $p = 0,008$ ) y 1 año posinfarto (13 frente a 3 frente a 4%;  $p = 0,036$ ).



*Retraso desde inicio de síntomas hasta servicio de urgencias y hemodinámica en SCACEST.*

**Conclusiones:** El descenso del segmento ST en V1-V3 con ascenso en cara inferior parece ser un parámetro específico de SCACEST por obstrucción de la circunfleja. Nuestro estudio no demostró un mayor retraso en

la reperfusión ni en el tamaño del infarto en estos pacientes, y sí una peor morbilidad a corto-medio plazo en aquellos con oclusión aguda de la descendente anterior.