



Revista Española de Cardiología



6016-183. TEORÍA DE LA ARTERIA ABIERTA EN EL SIGLO XXI: EN BUSCA DE LA ARTERIA CULPABLE OCLUIDA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Pablo Villar Calle, Néstor García González, Beatriz Lorenzo López, Francisco Javier Cortés Cortés, Manuel García del Río, María del Pilar Ruiz García, Tania Seoane García, Juan Carlos García Rubira, Rafael J. Hidalgo Urbano y Manuel Almendro Delia, del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Mientras que la apertura tardía de la arteria responsable del infarto ocluida (ARIo) en pacientes estables con síndrome coronario agudo con el segmento ST elevado se desaconseja de forma rutinaria, el impacto pronóstico y abordaje de una ARIo en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) es más incierto.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con SCASEST sometidos a coronariografía procedentes de un registro prospectivo. Motivos de exclusión: revascularización quirúrgica y la imposibilidad de localizar ARI mediante ECG o pruebas de imagen. Análisis de predictores e impacto pronóstico a corto plazo de ARIo frente a ARI abierta (ARiA) usando modelos multivariados ajustados con interacciones. (excluyendo pacientes sin lesiones coronarias).

Resultados: De 745 pacientes con SCASEST, 632 cumplieron criterios de inclusión. El grupo ARIo (n = 189, 30%) se definió si el flujo TIMI inicial de la ARI fue 0 o 1. Las características basales fueron muy similares al grupo ARiA (tabla), incluyendo escala GRACE y FEVI al alta, aunque presentaron mayor proporción de BRIHH, ascenso aVR y ritmo estimulado en ECG inicial. Predictores independientes de ARIo: sexo femenino, mayor pico enzimático y la localización inferoposterolateral (arteria circunfleja, ACX/obtusas). ARIo recibió más intervencionismo con *stent* (ICP) frente a ARiA, con similares tasas de éxito en ambos grupos. ARIo presentó más complicaciones mecánicas y trombosis de *stent* sin diferencias en el resto de eventos. El análisis ajustado de la mortalidad (estadístico C-Harrell = 0,88, Hosmer-Lemeshow χ^2 = 7,57; p = 0,476) mostró interacción entre la presencia de ARIo y el *timing* de la ICP, de modo que no abrir una ARIo en las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas, se asoció a un riesgo 3 veces mayor de morir por cualquier causa (ORa = 3,26, IC95% [1,15-9,26], p = 0,026. p interacción (timing ICP) = 0,00035) respecto al grupo ARiA.

Características basales

ARI ocluida (N = 189)

ARI permeable (N = 443) p

Edad	64 ± 12	65 ± 12	0,210
Sexo (mujer)	44 (23,3%)	139 (31%)	0,040
Tabaco	70 (37%)	159 (36%)	0,782
Diabetes	74 (39%)	187 (42%)	0,475
HTA	126 (66%)	308 (69,5%)	0,610
HPL	101 (53%)	248 (56%)	0,667
IM previo	50 (26,5%)	111 (25%)	0,758
Insuf cardiaca	11 (6%)	38 (8,6%)	0,396
AVC/AIT	14 (7,4%)	52 (11,7%)	0,211
FA	13 (7%)	47 (10,6%)	0,273
Enf. arterial periférica	18 (9,5%)	52 (11,7%)	0,756
EPOC	15 (8%)	42 (9,5%)	0,663
Insuficiencia renal crónica	20 (10,6%)	45 (10%)	0,789
ICP previo	49 (26%)	103 (23%)	0,801
CABG previo	12 (6,4%)	26 (6%)	0,916
Diagnóstico al alta			
SCASEST	181 (96%)	399 (90%)	0,018
A. inestable	8 (4%)	44 (10%)	

Clasificación riesgo

Alto riesgo isquémico*	76 (40,2%)	187 (42,2%)	0,529
Alto riesgo sangrado	31 (16,4%)	64 (14,4%)	0,640

ACV: accidente cerebrovascular, AIT: accidente isquémico transitorio, CABG: cirugía de revascularización aortocoronaria, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, FA: fibrilación auricular, HTA: hipertensión arterial, SCASEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST.

Conclusiones: Encontrar una ARIo no es infrecuente en SCASEST y se asocia a un peor pronóstico cuando no se procede a su apertura precoz. Estaría justificado estratificar de forma precoz a este desapercibido grupo de alto riesgo para mejorar el pronóstico.