



6025-258. SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST POR LESIÓN DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO

Santiago G. Solana Martínez, Raúl Ramallal Martínez, Valeriano Ruiz Quevedo, M. Soledad Alcasena Juango, Baltasar Laínez Plumbed, Carlos Morr Verenzuela, Pablo Bazal Chacón y Román Lezaun Burgui del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad de tronco coronario izquierdo (TCI) en el SCACEST es un reto terapéutico. Describimos las características clínicas y la evolución de los pacientes ingresados en nuestro centro con el diagnóstico de SCACEST y lesión de TCI como vaso responsable en los que se realizó reperfusión urgente.

Métodos: Realizamos una revisión de todos los pacientes ingresados en nuestro centro entre marzo de 2010 y julio de 2014 con diagnóstico de SCACEST en los que se realizó revascularización urgente, siendo el TCI el vaso responsable. Estudiamos sus características clínicas y su evolución. Utilizamos el test de la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y la χ^2 o el test exacto de Fisher para comparar variables cualitativas. Se realizó estudio de supervivencia mediante curvas de Kaplan Meier.

Resultados: De los 814 pacientes ingresados por SCACEST en los que se realizó estrategia de reperfusión urgente, 9 (1,1%) de ellos el TCI era el vaso responsable. Los pacientes eran fundamentalmente hombres (77,8%) con una edad media de 65 años y baja prevalencia de factores de riesgo. La parada cardiaca como presentación ocurrió en el 22%. La estrategia de reperfusión inicial fue percutánea en el 77,8%, con abordaje femoral en todos los caso. El vaso estaba totalmente ocluido únicamente en 2 pacientes (22%). El 77,8% de los pacientes cumplió criterios de *shock* cardiogénico durante el ingreso. 1 falleció (11,1%) en las primera 24 horas y otro se derivó para asistencia ventricular y trasplante cardiaco el día 24 de ingreso. Respecto a los pacientes sin afectación de TCI presenta una tendencia a una consulta más precoz tras inicio de síntomas. Presentan significativamente mayor deterioro de función renal al ingreso, incidencia de *shock* cardiogénico, ingreso más prolongado y peor función ventricular al alta (FE < 30%: 44,4% frente a 8,2%). La mediana de seguimiento en estos pacientes fue de 2,3 años con un seguimiento máximo de 4,9 años. La mortalidad a los 2 años fue del 48%.



Curva de supervivencia.

SCACEST y TCI como vaso responsable

	TCI responsable	SCACEST	p
		TCI no resp	
N (%)	9 (1,1%)	805 (98,9)	
Edad (años)	65,4 (16,7)	62,5 (12,9)	0,62
Rango edad	44-88	47-84	
Sexo (n % hombres)	7 (77,8)	80,4	0,69
HTA	5 (55,6)	47,6	0,74
Diabetes, %	0	20,8	0,22
Creatinina al ingreso (mg/dl)	1,5 (0,5)	1,0 (0,5)	0,002
Parada cardiaca	2 (22,2)	3,3	0,07
Tº sintomas-1 AM (min)	142 (110)	155 (163)	0,99
Killip al ingreso			0,001*
Killip I	5 (55,6)	83,1	
Killip II	1 (11,1)	12,9	
Killip III	0	2,2	
Killip IV	33,3	1,7	
Máximo Killip ingreso			< 0,001*
1	1 (11,1)	67,6	
2	1 (11,1)	20,9	

3	0	3,3	
4	7 (77,8)	8,2	
Localización elevación			0,007*
Anterior	8 (88,9)	36,4	
Inferior	1 (11,1)	56,4	
Tipo reperusión urgente			0,63
ACTP	7 (77,8)	85,6	
Trombolisis	2 (22,2)	14,4	
TIMI al ingreso			0,002
0	2 (22,2)	69,8	
1	1 (11,1)	10,3	
2	6 (66,7)	15,4	
3	0	4,4	
Acceso arterial			0,013*
Femoral	8 (88,9)	54,9	
Radial + femoral	1 (11,1)	4	
FE al alta			0,001
>50%	2 (22,2)	43,4	
< 30%	4 (44,4)	8,2	

Días de ingreso	16,4 (9,4)	8,4 (8,1)	0,006*
rango	0-31	0-74	
<i>Exitus</i>	1 (11,1)	4,5	0,34
Trasplante	1 (11,1)		

Conclusiones: Los pacientes con SCACEST por lesión de TCI sometidos a estrategia de reperfusión urgente suponen un grupo de alta morbilidad con incidencia elevada de *shock* cardiogénico, disfunción ventricular grave e ingreso prolongado. La baja mortalidad observada en nuestra serie puede explicarse a un efecto de “selección de supervivientes”. La mortalidad en los 2 primeros años es prácticamente del 50%.