



6015-4. MUERTE SÚBITA DE CAUSA INCIERTA/INEXPLICADA Y PLACAS ATEROSCLERÓTICAS COMPLICADAS NO EVIDENTES EN LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA

Ángel Sánchez-Recalde, José Luis Merino Lloréns, Guillermo Galeote García, Santiago Jiménez Valero, Luis Calvo Orbe, Raúl Moreno, Esteban López de Sá y Areses, José Luis López-Sendón Hentschel, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Antecedentes y objetivos: La enfermedad coronaria es la responsable de la mayoría de muertes súbitas (MS), lo que hace a la coronariografía una prueba obligada. Sin embargo en algunos pacientes la causa de la MS no se establece, al no mostrar la coronariografía hallazgos significativos.

Métodos: De 29 pacientes consecutivos que ingresaron en el año 2009 en la unidad coronaria por MS, a 12 se les indicó una coronariografía por sospecha de cardiopatía isquémica. Existía un grupo de pacientes que no tenían lesiones significativas (estenosis > 50 %), ni signos sugestivos de evento agudo, como flujo TIMI < 3, imagen de trombo, embolización distal o disección coronaria. A todos se les realizó un test de provocación de vasoespasma (acetilcolina) para descartar un síndrome de Prinzmetal, y un estudio mediante ecografía intracoronaria (EIC) a las 3 arterias.

Resultados: De los 12 pacientes, 4 (25 %) no presentaron lesiones significativas ni signos de inestabilidad en la coronariografía. La EIC mostró placas ateroscleróticas complejas con trombo intraluminal superimpuesto en todos ellos. Un paciente presentó una placa fisurada y 3 pacientes presentaron placas ulceradas. El test de acetilcolina fue negativo en todos, excepto en uno que fue positivo con espasmo focal distal a la placa fisurada. Se interpretó como MS secundaria a arritmias ventriculares en el contexto de un síndrome coronario agudo, con lo que se indicó revascularización coronaria mediante stent en 3 pacientes, pero no se indicó el implante de un desfibrilador-cardioversor automático (DAI).

Conclusiones: La presencia de placas complicadas es frecuente en pacientes con MS sin lesiones significativas en la angiografía. En estos casos, la EIC puede establecer el diagnóstico y la actitud terapéutica, que según los hallazgos puede pasar de la revascularización aislada al implante de un DAI.