



Revista Española de Cardiología



6015-271. MINOCA Y FIBRILACIÓN AURICULAR: UNA RELACIÓN PELIGROSA

Miguel Ángel Simón García¹, María Isabel Barrionuevo Sánchez¹, Miguel José Corbi Pascual¹, Sofía Calero Núñez¹, Cristina Ramírez Guijarro², Juan José Portero Portaz¹, Concepción Urraca Espejel¹, Isabel López Neyra³, Juan Gabriel Córdoba Soriano¹, Javier Navarro Cuartero³, Francisco Manuel Salmerón Martínez¹ y Antonio Gutiérrez Díez¹, del ¹Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, ²Hospital General de Villarrobledo, Albacete y ³Hospital de Hellín, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: En plena era del intervencionismo coronario el infarto agudo de miocardio (IAM) con coronarias sin lesiones obstructivas (MINOCA, Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries) es una entidad heterogénea que engloba diferentes mecanismos fisiopatológicos, afecta a una proporción considerable de pacientes agudos cardiológicos y ha sido poco estudiada en base a un pronóstico relativamente favorable. El presente trabajo pretende demostrar la relación entre el MINOCA y la fibrilación auricular (FA) como un novedoso mecanismo etiológico.

Métodos: Analizamos retrospectivamente todos los pacientes ingresados por IAM en la UCI cardiovascular de nuestro centro para tratamiento invasivo, explorando la presencia de los diferentes subtipos de FA en función de si presentaban lesiones culpables (grupo IM-EC) o no (grupo MINOCA).

Resultados: Entre 2011 y 2018 ingresaron 2.132 pacientes cumpliendo criterios de inclusión. En 173 casos (el 8,1%) no hubo evidencia de lesión culpable etiquetándose como MINOCA según recomendaciones actuales. El 28,3% de pacientes en el grupo MINOCA tenía diagnóstico de FA con cualquier patrón, proporción significativamente mayor que el 17,3% del grupo con enfermedad coronaria ($p = 0,001$). Hubo también asociación significativa entre MINOCA y FA de nuevo diagnóstico (18,5% por 11,8%, $p = 0,015$) y con FA previa al ingreso (9,8 frente a 5,5%, $p = 0,032$). Al analizar los subtipos de FA previa al ingreso, no encontramos asociación entre MINOCA y FA paroxística ni persistente, pero sí la hubo en el grupo con FA permanente (7,5% en el grupo MINOCA por 2,6% en el grupo con EC, $p = 0,001$).



Resultados

	FA total	FA previa	FA nuevo dgo	FA paroxística	FA persistente	FA permanente
MINOCA	49 (28,3%)	17 (9,8%)	32 (18,5%)	2 (1,2%)	2 (1,2%)	13 (7,5%)

IM-EC	339 (17,3%)	108 (5,5%)	232 (11,8%)	46 (2,3%)	11 (0,6%)	50 (2,6%)
p	0,001	0,032	0,015	0,456	0,650	0,001

Conclusiones: Una coronariografía normal supone un reto en el paciente que se presenta con IAM. Documentos de consenso destacan la importancia de alcanzar un diagnóstico de certeza para a ofrecer a nuestros pacientes los tratamientos apropiados. Proponemos aquí la presencia de FA como un nuevo aspecto del perfil del paciente MINOCA, ya que se encuentra fuertemente asociada tanto de forma global como en los casos de FA de nuevo diagnóstico y permanente. Si bien nuestro estudio no pretende investigar el mecanismo fisiopatológico del MINOCA en estos casos, lanzamos la hipótesis de que la embolia coronaria (pobremente diagnosticada en coronariografía) podría estar detrás del evento en un grupo considerable de pacientes que se podrían beneficiar de un tratamiento diferenciado como es la anticoagulación.