



4011-8. ANÁLISIS INMUNOHISTOLÓGICO DEL MATERIAL INTRACORONARIO ASPIRADO EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST: HALLAZGOS CLÍNICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS

Ana Muñiz Lozano, Ana Blasco, Clara Bellas, Leire Goicolea, Susana Mingo, Juan Francisco Oteo, José Ramón Domínguez y Javier Goicolea del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) y Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Resumen

Objetivos: La tromboaspiración en la ICP urgente en SCACEST permite estudiar el material intracoronario y mejorar la comprensión del fenómeno aterotrombótico mediante análisis histológico e inmunohistoquímico (IHQ) y su asociación con la información clínica.

Métodos: En 153 muestras se evaluó: inflamación, fibrina y cariorrexis y se realizó técnicas de IHQ: AC anti-macrófago (CD68), molécula de adhesión celular endotelial de la plaqueta (CD31) y filamentos de actina (HF35). En 111 casos se realizó tinción de Perls para detectar depósitos férricos identificativos de hemorragia intraplaca. Comparó datos prospectivos clínicos, angiográficos y relacionados con la ICP mediante test de Anova, t-Student y chi cuadrado.

Resultados: El peso medio del aspirado (PMA) fue 0,049 g (0,001-0,992 g), clasificándose por composición en: fresco (39%), lítico (26%), heterogéneo (29%) y organizado (6%). El infiltrado granulocítico fue: ausente-leve (56%) o moderado-intenso (44%). La T. Perls fue positiva en 26% y con IHQ: CD68 44%, CD30 20% y HF35 16%. El PMA fue inverso a la presencia de placa de ateroma (diferencia media [DM] 0,013; IC95% 0,073-0,13; $p = 0,013$) y de hemorragia intraplaca (DM 0,069; IC 0,0256-0,112; $p = 0,002$). Con angina inestable preinfarto y CI previa hubo menos ateroma en el aspirado (12% vs 88%, $p = 0,001$) y (21% CD68+ vs 46% en p. sin CI, $p = 0,078$). Hubo más trombo fresco en fumadores (56% vs 44%, $p = 0,011$) e HTA (61% vs 39%, $p = 0,008$). Un mayor grado de inflamación se asoció a: t° puerta-balón (DM 17 min, IC95% 1-34 min, $p = 0,037$) y t° inicio de síntomas-balón (DM 62 min, IC 1-123 min; $p = 0,047$) más prolongados, menor resolución del ST pos-ICP (36% vs 18%, $p = 0,048$), localización proximal del trombo (prox 59% vs medial 29%, $p = 0,030$) y TIMI 0-I tras ICP (14% vs 3%, $p = 0,033$). La variable MACE fue menor en presencia de ateroma (29% vs 15%, $p = 0,045$) y escasa o nula fibrina (9% vs 27%, $p = 0,061$). Con trombo fresco se vió más reinfarto (10% vs 2,5%, $p = 0,068$).

Conclusiones: La inflamación y la presencia de ateroma en el aspirado intracoronario parecen tener implicaciones clínicas y fisiopatológicas en el SCACEST. El análisis del trombo coronario puede contribuir al conocimiento de la fisiopatología de la aterotrombosis y sería preciso profundizar en su estudio.