



## 5026-4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE LOS TRES PATRONES ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE PRESENTACIÓN DE LA OCLUSIÓN AGUDA DE LA ARTERIA CIRCUNFLEJA

Miquel Vives-Borrás<sup>1</sup>, Abdel-Hakim Moustafa<sup>1</sup>, Jesús Álvarez-García<sup>1</sup>, Andreu Ferrero-Gregori<sup>1</sup>, Joan García-Picart<sup>1</sup>, Antoni Serra<sup>1</sup>, Jordi Balcells<sup>2</sup> y Juan Cinca<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona y <sup>2</sup>Althaia Xarxa Assistencial, Manresa (Barcelona).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El infarto agudo de miocardio debido a la oclusión aguda de la arteria circunfleja (CX) puede presentarse en forma de ascenso del ST (supraST), descenso del ST aislado en V1-V4 (infraST) y sin cambios relevantes del ST (noST). Las características y pronóstico a corto plazo en función del patrón electrocardiográfico de ingreso son poco conocidos. El objetivo de este estudio fue describir la frecuencia, características clínicas y la evolución hospitalaria de los pacientes con oclusión aguda de CX según su patrón ECG de presentación.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo de los ECG, ecocardiograma, análisis sanguíneo y coronariografía de 189 pacientes consecutivos (años 2006-2011) con IAM debido a oclusión de la CX que fueron remitidos a nuestro centro para coronariografía.

**Resultados:** 114 pacientes (60,3%) presentaron supraST, 44 (23,3%) presentaron infraST y 31 (16,4%) noST. Los patrones supraST e infraST se asocian a la a la oclusión de la CX proximal y a un mayor diámetro del vaso ocluido, presentan menor tiempo puerta-guía ( $243,7 \pm 233,5$  min frente a  $274,1 \pm 188,8$  min frente a  $461,3 \pm 323,1$ ;  $p < 0,001$ ), un nivel de CK máxima superior y una tendencia a una peor fracción de eyección del ventrículo izquierdo al alta. En concreto, el patrón supraST presenta una mayor incidencia de arritmias ventriculares, peor clase Killip y una tendencia a una mayor incidencia de IC durante el ingreso. El patrón noST se asocia con mayor frecuencia a la oclusión de las obtusas marginales y a la estenosis concomitante de la coronaria derecha. Aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad hospitalaria, cabe destacar que fallecieron 5 pacientes (4,4%) con el patrón supraST, 1 (2,3%) con infraST y ninguno con el patrón noST.

Hallazgos angiográficos, ecocardiográficos y evolución hospitalaria				
	SupraST	InfraST	NoST	p-valor
Pacientes n (%)	114 (60,3)	44 (23,3)	31 (16,4)	

Arteria responsable				0,014
CX proximal n (%)	31 (27,2)	17 (38,6)	3 (9,7)	
CX distal n (%)	44 (38,6)	15 (34,1)	10 (32,3)	
Obtusa marginal 1/2 n (%)	25 (21,9)	11 (25,0)	16 (51,6)	
Diámetro vaso culpable, QCA mm (DE)	2,7 (0,5)	2,8 (0,3)	2,5 (0,5)	0,030
Estenosis asociadas				
Estenosis CD n (%)	21 (18,4)	16 (36,4)	10 (32,3)	0,038
Estenosis DA n (%)	25 (21,9)	8 (18,2)	6 (19,4)	ns
Dominancia				ns
Derecha n (%)	82 (71,9)	31 (70,5)	27 (87,1)	
Izquierda n (%)	15 (13,2)	6 (13,6)	3 (9,7)	
Codominancia n (%)	17 (14,9)	7 (15,9)	1 (3,2)	
CK máxima U/L (DE)	3.048 (3.371)	2.522 (1.930)	1.393 (938)	0,021
FEVI % (DE)	52,7 (9,1)	52,7 (9,1)	57,0 (7,3)	0,064
Killip ? II n (%)	26 (23,0)	5 (11,6)	1 (3,2)	0,019
TV/FV n (%)	20 (17,7)	3 (7,1)	0 (0,0)	0,016
IC durante el ingreso n (%)	22 (19,8)	3 (7,1)	2 (6,7)	0,056
Mortalidad ingreso n (%)	5 (4,4)	1 (2,3)	0 (0,0)	ns

**Conclusiones:** Los distintos patrones electrocardiográficos de presentación de la oclusión de la arteria circunfleja reflejan diferencias en la localización y extensión de la isquemia y se asocian a desigual tamaño del infarto y pronóstico a corto plazo. Las alteraciones del ECG podrían verse atenuadas por la estenosis

concomitante de la coronaria derecha.