



## 6011-147. COEXISTENCIA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y LESIÓN GRAVE DE TRONCO COMÚN IZQUIERDO. EXPERIENCIA CLÍNICA Y PRONÓSTICA A LARGO PLAZO

Ignacio Sánchez Pérez<sup>1</sup>, Jesús Piqueras Flores<sup>1</sup>, Fernando Lozano Ruiz-Póveda<sup>1</sup>, María Thiscal López Lluva<sup>1</sup>, Natalia Pinilla Echeverri<sup>2</sup>, Manuel Marina Breysse<sup>1</sup>, Andrea Moreno Arciniegas<sup>1</sup> y Alfonso Jurado Román<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital General de Ciudad Real y <sup>2</sup>McMaster University Medical Centre, Hamilton, Ontario (Canadá).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La enfermedad de tronco coronario izquierdo (TCI) afecta aproximadamente al 4% de los pacientes con SCASEST y al 3% de los que tienen SCACEST, con un riesgo de *shock* cardiogénico y de mortalidad más alto que el resto de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). El objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo del intervencionismo coronario percutáneo (ICP) sobre TCI en pacientes que clínicamente se presentan con SCA.

**Métodos:** Incluimos prospectivamente 151 pacientes ( $69,91 \pm 13,95$  años, 70,9% varones) a los que se les realizó ICP por SCA y posteriormente ICP en lesión de TCI entre mayo de 2006 a abril de 2015. Evaluamos eventos cardiovasculares mayores (MACE): muerte, infarto no fatal, revascularización de lesión tratada (RLT) y trombosis tras seguimiento clínico a 10 años (mediana 39,4 meses).

**Resultados:** La presentación clínica fue como SCASEST en el 71,5% y SCACEST el 28,5%, siendo el 40,4% diabéticos. El 23,3% de pacientes presentaba Killip 3-4 y se implantó balón de contrapulsación en el 12,6%. Se empleó inhibidores de proteína IIb/IIIa en el 10,6% y se realizó tromboaspiración en el 9,3%. La técnica más empleada en el TCI fue *stent* provisional en el 70,7%, realizando *kissing balloon* en el 61,7%. Se implantó *stent* liberador de zotarolimus en el 74,8%. Hubo un 1,3% de complicaciones relacionadas con el ICP. La tasa de mortalidad hospitalaria global fue del 6,6% (tasa de mortalidad nacional de SCA del 4,1% en 2013). La tasa de MACE a 10 años fue del 15,8% (mortalidad cardiovascular 10,9%, infarto no fatal 1,4%, RLT 5,4%, y trombosis 0%) siendo significativamente mayor en los pacientes con SCACEST, Killip 3-4, disfunción sistólica moderada-grave y sin *kissing balloon* final.

**Conclusiones:** El ICP sobre TCI que se presenta coexistiendo clínicamente con un SCA presenta mayor mortalidad intrahospitalaria. Aquellos pacientes que alcanzan el alta hospitalaria presentan resultados muy favorables con una baja tasa de eventos cardíacos mayores a largo plazo.