



4004-5. IAMCEST Y ENFERMEDAD MULTIVASO: ¿QUÉ HACEMOS CON LAS LESIONES NO CULPABLES?

Ana Fernández Vega, Carlos Ferrera Durán, Antonio Fernández-Ortiz, Francisco Javier Noriega, María José Pérez Vizcayno, Alejandro Cruz Utrilla, Pablo Martínez-Vives y Ana Viana Tejedor del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El 50% de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) presenta enfermedad multivaso. Estos pacientes tienen mayor número de eventos cardiovasculares (ECV) a largo plazo. Existe controversia sobre el abordaje de las lesiones no culpables tras un IAMCEST y los estudios realizados hasta la fecha muestran resultados contradictorios. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto sobre la mortalidad y los ECV según la estrategia de tratamiento de lesiones no culpables en pacientes con primer episodio de IAMCEST y angioplastia primaria de lesión culpable.

Métodos: De enero de 2013 a noviembre de 2014 se incluyeron de forma consecutiva 217 pacientes con primer IAMCEST y angioplastia primaria, en los que la coronariografía mostraba al menos una lesión moderada (> 50%) en otro vaso. Se siguió a los pacientes durante un periodo de 2 años tras el evento inicial. Se clasificaron los pacientes según la estrategia de tratamiento de las lesiones no culpables en 3 grupos: Grupo 1 (n = 87), pacientes en los que se optó por manejo médico; Grupo 2 (n = 64), pacientes en los que se optó por angioplastia guiada por angiografía en un segundo tiempo; Grupo 3 (n = 28), pacientes en los que la estrategia de tratamiento se guió por prueba de detección de isquemia (reserva fraccional de flujo, ergometría, ecocardiograma de estrés, SPECT). Se excluyeron 38 pacientes en los que se realizó revascularización quirúrgica o presentaron algún evento intrahospitalario agudo que requirió tratamiento inmediato.

Resultados: La edad media fue 65,7 años y 77,2% fueron varones. No hubo diferencias significativas en la edad y los factores de riesgo cardiovascular entre los grupos (tabla). Tras 2 años de seguimiento no hubo diferencias significativas en la mortalidad y los ECV (angina, infarto no mortal y muerte) en relación con la estrategia de tratamiento de las lesiones no culpables (figura). Se observó una tendencia hacia una mayor proporción de ECV en los pacientes del Grupo 1 (37,8 frente a 22,8 frente a 21,4%, $p = 0,09$).



Porcentaje de eventos cardiovasculares (ECV) y mortalidad a 12 meses y 24 meses de las 3 poblaciones estudiadas con seguimiento completo, las pérdidas, cambios de estrategia de revascularización no se incluyeron.

Características basales de las 3 poblaciones estudiadas, con seguimiento completo a 24 meses. HTA: hipertensión arterial. IAM: Infarto agudo de miocardio

Variable	Grupo 1 (n = 87)	Grupo 2 (n = 64)	Grupo 3 (n = 28)	P
Edad	66,6 ± 13,0	66,4 ± 12,0	63,2 ± 12,1	0,91
Sexo (varón)	65 (74,7%)	47 (73,4%)	25 (89,3%)	0,34
HTA	46 (52,9%)	34 (53,1%)	12 (42,9%)	0,56
Dislipemia	34 (39,1%)	24(37,5%)	12 (42,9%)	0,83
Diabetes	22 (25,3%)	13 (20,3%)	6 (21,4%)	0,28
Tabaquismo	48 (55,2%)	33 (51,6%)	17 (63,0%)	0,52
Obesidad	17 (19,5%)	12 (18,8%)	6 (21,4%)	0,95
Antecedente de IAM	11 (12,6%)	7 (10,9%)	4 (14,3%)	0,94

Conclusiones: En pacientes con un primer IAMCEST con angioplastia primaria y enfermedad multivaso, la mortalidad y los ECV a 2 años no difieren según la estrategia de tratamiento seguida para las lesiones no culpables. Sin embargo, existe una tendencia hacia más ECV en el grupo tratado médicamente.