Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 1131

Revista Española de Cardiología

6035-478. ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN OCLUSIÓN AGUDA TOTAL DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO

Alejandro Gutiérrez-Barios[1], Dolores Cañadas-Pruaño[2], Santiago Camacho-Freire[3], Inmaculada Noval-Morillas[1], Antonio Agarrado-Luna[2], Alfredo Chauca[1], Ricardo Zayas-Rueda[1], Miguel Alba-Sánchez[2], German Calle-Pérez[1] y Rafael Vázquez-García[1], del [1] Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, [2]Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Cádiz y [3]Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción y objetivos: Determinar la incidencia, características y pronóstico de pacientes remitidos para angioplastia (ACTP) urgente que presentan oclusión aguda total del tronco coronario izquierdo (TCi).

Métodos: De abril de 2003 a diciembre de 2017 se realizaron 1.701 ACTP urgentes en los 3 centros participantes, 17 presentaban una oclusión total aguda de TCi (0,01%).

Resultados: Características de los pacientes: Edad 61,4 ± 10 años; 76,5% varones, 59% tabaquismo y 12% diabéticos. El síntoma predominante fue disnea (65%), dolor torácico (17,5%) y parada cardiaca (17,5%). El 70,5% presentaron *shock* cardiogénico, Killip III (17,5%) y Killip II (12,5%). El 35% (6/17) requirieron intubación orotraqueal. Se implantaron 5 balones de contrapulsación (29,5%) y un ECMO. El 47% (8/17) desarrolló arritmias ventriculares malignas que requirieron cardioversión/desfibrilación. El 70,5% (12/17) sufrieron parada cardiaca que requirió maniobras de RCP. Se emplearon anti IIb/IIIa en el 70,5% de casos (12/17) y drogas vasoactivas en el 88% (15/17). El procedimiento se realizó vía femoral en el 76,5% (13/17), el resto vía radial. No se realizó inyección desde la coronaria derecha que permitiera conocer la circulación colateral (CC) en el 53% (9/17), el 23,5% (4/17) no tenían CC (RENTROP 0), los 2 pacientes en Killip II mostraron una inclusión o precoz de CC (RENTROP 3), y en el resto (2/17) la información de CC se perdió. Todos los pacientes tenían dominancia derecha. Se implantó algún *stent* en el 59% y se obtuvo un flujo TIMI 3 en el 47%. Se empleó una técnica intracoronaria de imagen en 3 casos (17,5%). El 29,5% (5/17) fallecieron durante el procedimiento y 2 (12%) en las siguientes 24 horas. La mortalidad hospitalaria fue 53% (9/17). La supervivencia a 30 días fue 41% (7/17). Los pacientes con CC RENTROP 3 estaban asintomáticos y libres de eventos en el seguimiento.

Conclusiones: La mayoría de pacientes remitidos a ACTP urgente con oclusión aguda del TCi, están en *shock* cardiogénico y requieren RCP. Todos tenían dominancia derecha, sugiriendo que la oclusión aguda de TCi y dominancia izquierda podría ser incompatible con la vida. La inclusión precoz de CC solo se confirmó en 2 pacientes, pero la presentación y evolución de estos casos, comparativamente con el resto, sugiere que la CC es determinante. A pesar de la elevada mortalidad hospitalaria, la ACTP urgente en este catastrófico escenario es factible, salvando, en algunos casos, la vida del paciente.