Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 964

Revista Española de Cardiología

6020-311. FENÓMENO DE FLUJO LENTO CORONARIO: UNA NUEVA PERSPECTIVA DE FISIOPATOLOGÍA Y PRONÓSTICO

Carlos Rubén López Perales, Ainhoa Pérez Guerrero, Ángela Juez Jiménez, Georgina Fuertes Ferre, Gabriel Galache Osuna y M. del Rosario Ortas Nadal, del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: El fenómeno de flujo lento coronario es un síndrome clínico caracterizado por un retraso en la opacificación de las arterias coronarias en ausencia de enfermedad oclusiva. Nuestro objetivo fue evaluar los pacientes diagnosticados de flujo lento y describir sus factores de riesgo, enfermedades protrombóticas asociadas y su pronóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que analizamos los pacientes a los que se les solicitó coronariografía entre el 1 de enero de 2010 y el 28 de febrero de 2018, incluyendo aquellos con escala de flujo TIMI ? 2 y excluyendo los que presentaron flujo lento secundario a estenosis coronaria o ruptura de placa.

Resultados: De los 16.113 pacientes a los que se les solicitó coronariografía, 118 pacientes cumplían criterios de flujo lento (0,73%). El 79,5% eran varones con una edad media de 65,8 años. El 70% tenían antecedentes de HTA, el 48% de dislipemia, 28% eran fumadores y el 20% diabéticos. Las indicaciones más frecuentes de coronariografía fueron estudio del dolor torácico (44,4%), SCA (4,2% con elevación ST) e insuficiencia cardiaca (18%). La arteria más frecuentemente afectada fue la DA (90,4%), seguida de la CD (72%) y la CX (60,3%). Un 14% de pacientes tenía antecedentes de enfermedad protrombótica, siendo la TVP la más frecuente (61%) y hasta un 23,5% de casos tenían historia personal de patología neoplásica o la presentarían durante el seguimiento, siendo los procesos hematológicos los más frecuentes (25%). El 50% fueron dados de alta antiagregados, el 16,4% con doble antiagregación y un 34,5% con anticoagulación. En una mediana de seguimiento de 3,59 años, el 12% necesitó atención en urgencias por dolor torácico y el 13,6% por insuficiencia cardiaca. Un 5% desarrolló disfunción ventricular, un 11% arritmias ventriculares (3,5% sostenidas) y un 12% de los pacientes murió, el 42% a causa de la neoplasia.

Características clínicas y analíticas de los pacientes

Sexo

Varón	93 (79,5)
Mujer	24 (20,5)
Edad (media, DE)	65,8 (10,8)
Hipertensión	82 (70,1)
Diabetes mellitus	23 (20)
IMC, kg/m^2	29,2 (4,9)
Dislipemia	56 (48,2)
Tabaquismo	28 (27,5)
Presentación clínica	
Dolor torácico	52 (44,4)
NSTEMI	19 (16,2)
STEMI	5 (4,3)
Insuficiencia cardiaca	21 (18)
Otra	20 (17,1)
LVEF, % (mediana, IQR)	60 (12)
Normal RV función (media, DE)	88 (87,12)
Plaquetas, count/?l (media, DE)	116.000 (64.558)
Hemoglobina, mg/dl (media, DE)	14,18 (1,6)

Creatinina, mg/dl (media, DE)	1,12 (0,998)
Ácido úrico, mg/dl (media, DE)	6,5 (1,7)

Conclusiones: Existe cada vez más evidencia de que la inflamación juega un papel esencial en la disfunción endotelial contribuyendo al flujo lento. Nuestro trabajo sugiere que el flujo lento no puede considerarse como un fenómeno aislado, sino parte de un cuadro sistémico global, siendo enfermedades trombogénicas como el cáncer y otro tipo de patología autoinmune posibles causas del mismo. Clásicamente considerada como una entidad benigna, la mortalidad en nuestro grupo no fue despreciable, limitada principalmente por la patología neoplásica.