Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 708

Revista Española de Cardiología

6016-173. PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO SIN ENFERMEDAD CORONARIA ATEROESCLERÓTICA OBSTRUCTIVA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIFERENCIAS ETIOLÓGICAS

Jorge Martínez del Río[1], Martín Negreira Caamaño[1], Jesús Piqueras Flores[1], Álvaro Moreno Reig[1], Daniel Salas Bravo[1], Miguel Ángel Rienda Moreno[2], José María Arizón Muñoz[1], Ramón Maseda Uriza[1], María Ángeles Pérez Martínez[1], Germán Hernández Herrera[1], Juan Antonio Requena Ibáñez[1], Pedro Pérez Díaz[1], Raquel Frías García[1], Alfonso Morón Alguacil[1] y Manuel Muñoz García[1], del [1]Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real y[2]Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: El término «infarto de miocardio (IM) sin enfermedad coronaria ateroesclerótica obstructiva» (MINOCA) engloba a un grupo de patologías con diferencias pronósticas y terapéuticas; un correcto diagnóstico diferencial es, por tanto, esencial. Objetivos: analizar las características clínicas de los pacientes con MINOCA de una cohorte española. Analizar las diferencias entre las distintas etiologías.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 126 pacientes (63,6 ± 17,7 años, 65,9% mujeres) con criterios de MINOCA, ingresados en el área de Ciudad Real entre enero de 2012 y abril de 2019 (mediana de seguimiento de 20,5 meses). Se registraron variables clínicas, analíticas, electrocardiográficas (ECG) y de imagen cardiaca. El diagnóstico definitivo se estableció siguiendo los criterios de la Clínica Mayo para síndrome de *tako-tsubo* (STT), los criterios Lake Louise para miocarditis (MC) y la presencia de realce tardío subendocárdico o transmural en la resonancia magnética cardiaca (RMC) para IM (embólico o con recanalización espontánea).

Resultados: El 61,9% de los pacientes eran hipertensos, el 40,5% dislipémicos, y el 16,7% diabéticos. El 14,3% presentaba antecedentes de hipotiroidismo. El hallazgo ECG más frecuente fue la negativización de ondas T (66,4% de los casos). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media al ingreso fue 45,9 ± 13,4%. El 3,2% de los pacientes presentaron lesiones moderadas en la coronariografía. El diagnóstico definitivo fue de 52,5% para STT, 20,8% para MC, y 26,7% para IM. Comparando las diferentes etiologías (tabla), el diagnóstico de STT fue más frecuente en mujeres, con antecedentes de hipotiroidismo o trastorno mixto ansioso-depresivo; además, la FEVI media al ingreso fue significativamente menor respecto a los pacientes con MC o IM. Los pacientes con MC presentaron elevación del segmento ST con mayor frecuencia; su edad media era menor que la de los pacientes con STT o IM. Finalmente, la presencia de lesiones coronarias no significativas fue más frecuente en los casos de IM, que además presentaron mayor pico de troponina I que los pacientes con STT.

Diferencias estadísticamente significativas entre diferentes etiologías MINOCA

	Infarto de miocardio[a]	Miocarditis	Síndrome *tako-tsubo*	p
Edad (años)	68,9 ± 11,9	38,8 ± 18,5	71,2 ± 9,9	0,001
Mujeres (%)	53,1	20,0	90,5	0,001
Hipertensión arterial (%)	68,8	24,0	76,2	0,001
Hipotiroidismo (%)	3,1	12,0	22,2	0,04
Trastorno mixto ansioso-depresivo (%)	25,0	12,0	55,6	0,001
Desencadenante psíquico (%)	12,5	4,0	34,9	0,002
Desencadenante físico (%)	6,3	64,0	25,4	0,001
Elevación segmento ST (%)	15,6	56,0	25,4	0,002
Negativización ondas T (%)	51,6	36,0	88,9	0,001
Pico troponina I (ng/ml)	13,8 ± 29,2	9,1 ± 9,5	3,8 ± 4,5	0,02
FEVI al ingreso (%)	50,3 ± 12,3	54,7 ± 12,2	39,6 ± 11,7	0,001
Lesiones moderadas ACX (%)	15,6	0	3,2	0,02
Lesiones moderadas ACD (%)	15,6	0	4,8	0,04

MINOCA: infarto de miocardio sin enfermedad coronaria ateroesclerótica obstructiva; FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo; ACX: arteria coronaria circunfleja; ACD: arteria coronaria derecha; [a]Infarto embólico o recanalización espontánea.

Conclusiones: En el área asistencial de Ciudad Real, la etiología MINOCA más frecuente fue la de STT. En este estudio, se demostraron diferencias estadísticamente significativas respecto a las características clínicas al ingreso de los pacientes entre las distintas etiologías MINOCA.