



## 6016-195. SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN CONTEXTO DE PRÁCTICA DEPORTIVA: UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN LOS PACIENTES CON ESTENOSIS ANGIOGRÁFICAS NO SIGNIFICATIVAS

Caterina Mas Lladó, Jaume Maristany Daunert, M. del Mar Alameda Ortiz, Marcos Pascual Sastre, Rocío del Pozo Contreras, Alfredo Gómez Jaume, Francisca Ramis Barceló y Vicente Peral Disdier, del Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La práctica deportiva se ha asociado a la aparición de síndromes coronarios agudos (SCA) en sus diferentes manifestaciones por diferentes mecanismos. El diagnóstico de estos pacientes puede ser complejo si la coronariografía no evidencia estenosis significativas. La tomografía de coherencia óptica (OCT) debido a su elevada resolución permite evaluar la presencia de placas inestables con erosión, rotura o trombo así como la presencia de placas vulnerables a pesar de no existir un compromiso significativo de la luz del vaso.

**Métodos:** Serie de 7 pacientes consecutivos con SCA o equivalente -muerte súbita recuperada con sospecha de SCA- en contexto de práctica deportiva (durante o inmediatamente después del ejercicio) y con arterias coronarias con estenosis angiográficas 50% a los que se realizó OCT desde octubre de 2017 hasta abril 2019 en el centro de referencia de una comunidad autónoma. Se recogen variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, indicación clínica, troponina I, hallazgos de la angiografía y de la OCT -tipo de placa, presencia de trombo, rotura, erosión, área luminal mínima, fibroateroma de cápsula fina, macrófagos, tamaño core lipídico, neovascularización, micronódulos de calcio-, decisión terapéutica, eventos iniciales y en el seguimiento (FU).

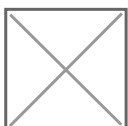
**Resultados:** Se resumen en la tabla.

Tabla de resultados

| Variables paciente   | Variables paciente        | Datos OCT                            |               | Evolución                       |        |
|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------|---------------------------------|--------|
| Edad mediana en años | Indicación SCASEST, n (%) | ALM mediana en mm <sup>2</sup> (IQR) | 3,3 (2,8-5,8) | Tiempo FU mediana en meses (DE) | 10 (6) |
| IQR                  | 46-63                     |                                      |               |                                 |        |

|                              |         |                                                        |         |                                           |         |                                               |    |
|------------------------------|---------|--------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------|----|
| Sexo<br>Femenino n (%)       | 1 (14%) | Indicación<br>SCACEST, n (%)                           | 2 (29%) | TCFA, n (%)                               | 6 (86%) | Mortalidad<br>en FU%                          | 0% |
| Tabaco n (%)                 | 3 (43%) | Indicación<br>Muerte<br>súbita<br>recuperada,<br>n (%) | 3 (42%) | Macrófagos, n (%)                         | 4 (57%) | Muerte<br>cardiovasc,<br>IAM o ictus<br>en FU | 0% |
| Dislipemia<br>n (%)          | 2 (29%) | Muerte<br>ingreso<br>Inicial                           | 0%      | Trombo, n (%)                             | 5 (72%) |                                               |    |
| HTA n (%)                    | 2 (29%) | Estenosis<br>angiográfica<br>mediana %                 | 30%     | Rotura de placa, n (%)                    | 3 (43%) |                                               |    |
|                              |         | IQR                                                    | 30-40   |                                           |         |                                               |    |
| Diabetes n (%)               | 0%      | Vaso<br>afecto(n)                                      | 5/0/2   | Erosión, n (%)                            | 2 (29%) |                                               |    |
|                              |         | DA/CF/CD                                               |         |                                           |         |                                               |    |
| FEVI%<br>media (DE)          | 66 (6)  | Decisión<br>realizar ICP, n (%)                        | 6 (86%) | Core lipídico<br>grande > 90° arco, n (%) | 6 (86%) |                                               |    |
| Troponina I<br>elevada n (%) | 6 (86%) |                                                        |         | Neovasos, n (%)                           | 4 (57%) |                                               |    |
|                              |         |                                                        |         | Micronódulocalcio<br>n (%)                | 1 (14%) |                                               |    |

ALM: área luminal mínima por OCT en mm<sup>2</sup>; HTA: hipertensión arterial, TCFA: fibroateroma de cápsula fina.



*Paciente A: Angio flecha roja: Placa moderada 40% en DA proximal; OCT flecha roja rotura con trombo.*  
*Paciente B: Angio flecha amarilla: estenosis leve en CD distal; OCT flecha amarilla erosión con trombo.*

**Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes con SCA en contexto de deporte y con estenosis angiográficas no significativas, la mayoría eran varones de edad media con escasa carga de factores de riesgo y función ventricular conservada. La OCT evidenció placas con rotura, erosión o trombo así como datos de placa vulnerable en una gran proporción de los pacientes, permitiendo alcanzar un diagnóstico etiológico. La mayoría se trataron con *stent*. La evolución a medio plazo fue excelente.