Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 208

Revista Española de Cardiología

5012-5. HEMATOMA INTRACORONARIO COMO CAUSA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO. IMPACTO DEL INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO EN EL PRONÓSTICO

Saleta Fernández Barbeira[1], Felipe Aninat Armijo[2], Sergio Raposeiras Roubín[1], Emad Abu-Assi[1], Enrico Cerrato[3], Fabrizio D'Ascenzo[3], José Antonio Baz Alonso[1], Alberto Ortiz Saez[1], Guillermo Bastos Fernández[1], Antonio Alejandro de Miguel Castro[1], Víctor Alfonso Jiménez Díaz[1] y Andrés Iñiguez Romo[1], del [1]Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), [2]Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar (Chile), y [3]Hospital Citta Della Salute e della Scienza di Torino, Turín (Italia).

Resumen

Introducción y objetivos: El hematoma intramural coronario es una forma de manifestación de la disección coronaria espontánea, en la que se produce de manera aguda una falsa luz que puede comprometer el flujo coronario y ser la causa de infarto agudo de miocardio (IAM). Su diagnóstico angiográfico es difícil, necesita un alto grado de sospecha clínica y el abordaje terapéutico más adecuado es controvertido. Con este estudio se intentó evaluar el impacto del intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en pacientes con IAM secundario a hematoma intracoronario espontáneo.

Métodos: Analizamos todos los casos de pacientes con IAM secundario a hematoma intracoronario espontáneo procedentes de 2 hospitales terciarios de Europea entre 2016 y 2018. Mediante regresión de Cox se analizó el impacto del ICP sobre el combinado de eventos (muerte y reinfarto) durante el seguimiento, tras ajustar por aquellas variables que se asociaron clínica o estadísticamente con dichos eventos en el análisis univariado.

Resultados: Se estudiaron 93 pacientes, 89% mujeres con una edad media de 53,9 ± 11,2 años. El 47,3% se presentó en forma de IAM con elevación del segmento ST y un 4,4% estaban en clase Killip ? 2. La arteria implicada con mayor frecuencia era la descendente anterior (62,4%) y el segmento más afectado era el distal (44,1%). El flujo distal era TIMI ? 2 en 42% de los pacientes (TIMI 0 en 14%). Se realizó ICP en 36,6% (n = 34) de los pacientes y de estos solo en 16 se terminó la ICP con flujo TIMI III, quedando flujo TIMI 0/I en 11 casos. Tras una mediana de seguimiento de 35,6 meses hubo 5 muertes (5,4%, 2 de causa cardiovascular), 17 reinfartos (18,3%; 8 por recurrencia del hematoma; 8,6%). Considerando un objetivo combinado de muerte y reinfarto y tras ajustar por variables clínicas y del procedimiento, el ICP se asoció con peor pronóstico (HR ajustada para mortalidad y reinfarto 10,8; IC95% 1,7-69; p = 0,012)., Esto fue especialmente signiifativo en los 67 pacientes con flujo TIMI 2-3 inicial (HR 16,9; IC95% 2,5-114,8; p = 0,004), sin encontrarse diferencias entre ICP y tratamiento conservador en los 26 pacientes con flujo TIMI 0/1 (p = 0,835).

Impacto ICP en hematoma intracoronario con flujo TIMI 2-3.

Conclusiones: En pacientes con IAM secundario a hematoma intracoronario, especialmente cuando el flujo coronario es TIMI 2-3, el tratamiento debe ser conservador; puesto que el ICP en estos pacientes se asocia a mayor tasa de eventos en el seguimiento (muerte + reinfarto).