Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 497

Revista Española de Cardiología

6005-55. INFARTO EVOLUCIONADO SECUNDARIO A OCLUSIÓN PARCIAL O TOTAL DE LA ARTERIA CIRCUNFLEJA: PREDICTORES ELECTROCARDIOGRÁFICOS, RETRASO DE LA REPERFUSIÓN Y PRONÓSTICO

Pedro Pérez Díaz[1], Alfonso Jurado Román[2], Ignacio Sánchez Pérez[1], María Thiscal López Lluva[1], José Abellán Huerta[1], Ramón Maseda Uriza[1], Nuria Bermejo Calvillo[3], Raquel Frías García[1], Jorge Martínez del Río[1], Alfonso Morón Alguacil[1], Martín Negreira Caamaño[1], Manuel Muñoz García[1], Cristina Mateo Gómez[1], Daniel Águila Gordo[1] y Fernando Lozano Ruiz-Póveda[1]

[1]Hospital General Universitario de Ciudad Real. [2]Hospital Universitario La Paz, Madrid. [3]Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Gerencia de Atención Integral de Ciudad Real.

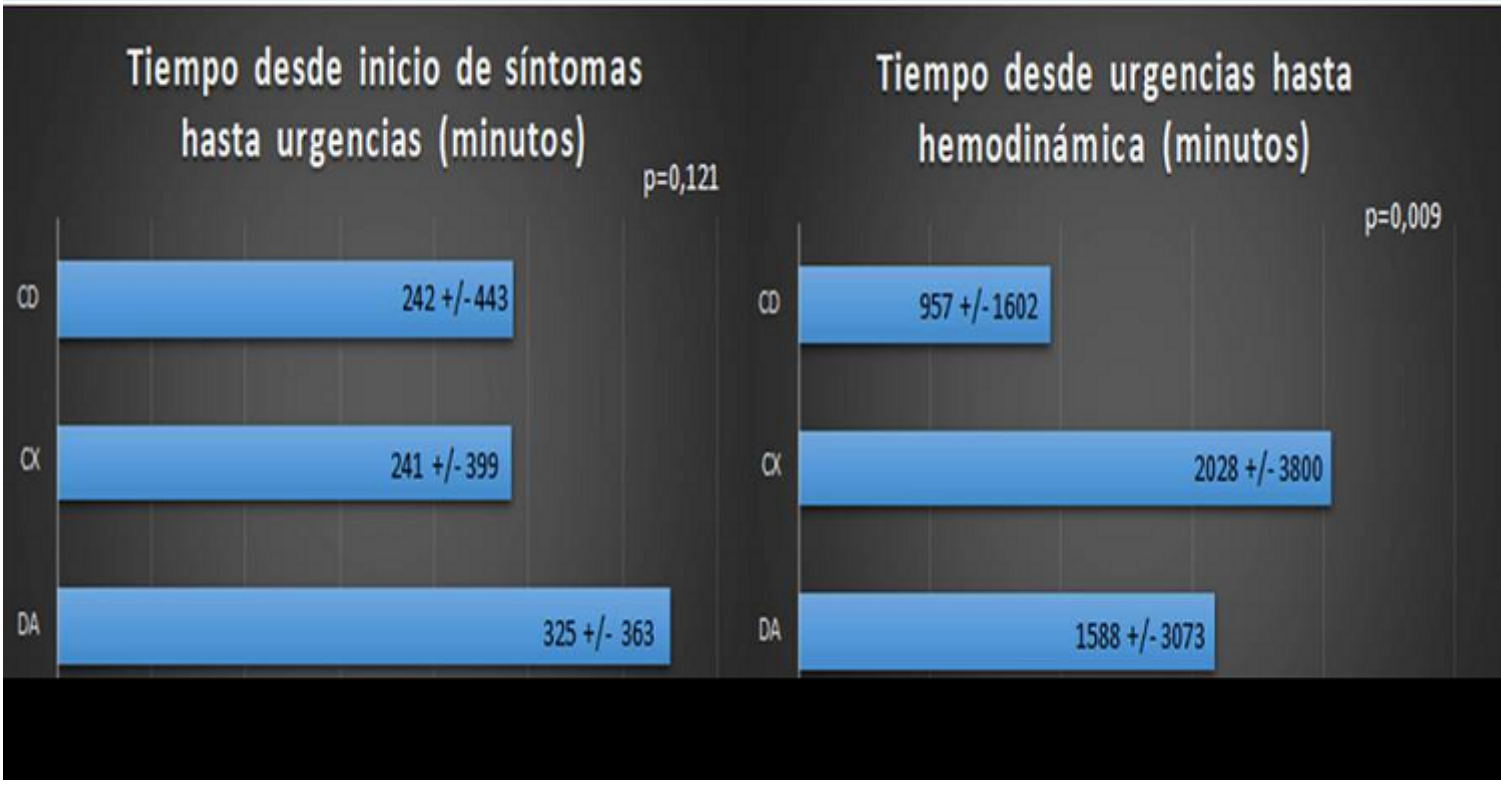
Resumen

Introducción y objetivos: La obstrucción de la arteria circunfleja está infradiagnosticada en muchos estudios de revascularización, debido a su pobre expresividad electrocardiográfica y diagnóstico tardío, lo cual induce un aumento del tamaño del infarto y tiempo de reperfusión.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, incluyendo 95 pacientes con infarto de miocardio evolucionado, atendidos en un hospital universitario entre 2016 y 2018. Estudiamos clínica, biomarcadores cardiacos, electrocardiograma y retraso de reperfusión en función de la arteria responsable. En caso de lesión oclusiva (TIMI = 0), analizamos tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones y morbimortalidad intrahospitalaria y a largo plazo.

Resultados: La circunfleja fue el vaso responsable en un 13%, encontrándose ocluida en un 8%. La mediana del pico de troponina-I fue 7,3 ± 45, 27 ± 38 y 20 ± 32 ng/ml en descendente anterior (DA), circunfleja (CX) y coronaria derecha (CD) respectivamente (p = 0,190). La alteración electrocardiográfica más frecuente en pacientes con circunfleja como lesión responsable fue “QS con ST isoeléctrico y ondas T positivas en II, III y AVF” (sensibilidad/especificidad = 17%/99%; valor predictivo positivo/negativo = 67%/89%). No hubo diferencias en el tiempo desde inicio de síntomas hasta urgencias (p = 0,121), si bien la mediana de tiempo desde urgencias hasta hemodinámica fue 316 ± 894, 1.427 ± 3.485 y 167 ± 827 minutos respectivamente (p = 0,009), (fig.). 74 pacientes fueron sometidos a angioplatia: tromboaspiración en 14 (19%), balón en 1 (1,4%) y ? 1 stents en 73 (98%). La mediana del Syntax score fue 13 ± 13,5, con un éxito angiográfico del 98%. Los pacientes con oclusión total de CX presentaron mayor tasa de complicaciones peri-procedimiento (75 vs 25 vs 0%; p = 0,019), mayor mortalidad intrahospitalaria (25 vs 0 vs 0%; p = 0,036) y 6 meses y 1 año post-infarto (p = 0,036).

Figura 1. Retraso desde inicio de síntomas hasta servicio de urgencias y hemodinámica en IAM evolucionado



Retraso de reperfusión en IAM evolucionado por lesión de la arteria circunfleja.

Conclusiones: La pobre expresividad electrocardiográfica de la obstrucción parcial o total de la arteria circunfleja determina un retraso en la reperfusión significativo en pacientes con infarto evolucionado. Esto no se traduce en mayor tamaño del infarto (debido probablemente al mayor territorio irrigado por la DA), pero sí en mayor morbimortalidad a corto-medio plazo en estos pacientes.