



6032-334. INFARTO INFERIOR CON ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR COMO CAUSA, ¿TIENEN PEOR PRONÓSTICO? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Iria Ruth Martínez Primoy, Jesús Carmona Carmona, Tania Seoane García, Rocío Martínez Núñez, Diego Félix Arroyo Moñino y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La prueba diagnóstica clave en el manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es el electrocardiograma de 12 derivaciones que, cuando es positivo, no solo da suficiente información para orientar el tratamiento inicial, sino que orienta sobre el área de miocardio en riesgo de necrosis, su extensión y la arteria responsable del infarto. La elevación del segmento ST en las derivaciones DII, DIII y aVF se relaciona con la obstrucción de la arteria coronaria derecha (ACD) o circunfleja. Se han descrito casos en los que un IAMCEST inferior se acompaña de oclusión de la arteria descendente anterior (ADA). Nuestro objetivo es analizar los infartos de cara inferior causados por ADA, para determinar su incidencia y características.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que analiza los IAMCEST de cara inferior causados por ADA, registrados en nuestra Unidad Coronaria durante el periodo 08/2011-12/2019. Se comparó la población de estudio con una muestra aleatoria de 138 pacientes que presentaron IAMCEST inferior causados por oclusión completa de ACD.

Resultados: En el periodo de estudio se registraron un total de 2.266 síndromes coronarios agudos, de los cuales 1.394 fueron IAMCEST, de ellos el 46,6% (n 650) de cara inferior. De los IAMCEST inferiores, 10 se debieron a oclusión completa de ADA (1,5%, intervalo de confianza 95%: 0,7 a 2,8%), representando el 0,7% de los IAMCEST del periodo. En la población estudiada hubo un 20,9% (n 31) de mujeres y la edad media fue de $61,36 \pm 12,42$ años, sin diferencias según la arteria responsable. Los IAMCEST por oclusión de ADA, a diferencia de los causados por ACD, no tuvieron clínica de disfunción ventricular derecha ni bloqueo auriculoventricular (0% vs 28,3%, p 0,04). Hubo diferencia en la dominancia: los causados por ADA presentaban dominancia derecha en el 70% de las ocasiones, los causados por ACD la presentaban en el 94,4% (p 0,05). Todos los infartos inferiores de ADA presentaban una función del ventrículo izquierdo inicial conservada. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la fracción de eyección al alta ni en la troponina máxima. Las principales comparaciones se muestran en la tabla.

	ACD	ADA
	Proximal 65 (47,1%)	4 (40%)

	Medio	41 (29,7%)	4 (40%)
Zona de oclusión n (%)	Distal	32 (23,3%)	2 (20%)
	I	112 (81,2%)	9 (90%)
	II	11 (8,0%)	0
PEOR Killip-Kimbal al ingreso n (%)	III	2 (1,4%)	1 (10%)
	IV	13 (9,4%)	0
IAM previo n (%)	Sí	20 (14,5%)	2 (20%)
	No	118 (85,5%)	8 (80%)
Pico de troponina T alcanzado (mg/dl)		4.095,16 ± 3.833,30	2.430,20 ± 1.795,18
Fracción de eyección del Ventrículo izquierdo al alta (%)		54,31 ± 7,61	50,00 ± 13,94

ACD: arteria coronaria derecha; ADA: arteria descendente anterior.

Conclusiones: Hemos encontrado que un 1,5% de IAMCEST inferiores son causados por ADA frente a ACD. Estos infartos no tienen mayor afectación del ventrículo izquierdo y cursan sin las complicaciones típicas del IAMCEST inferior.