



Revista Española de Cardiología



6009-115. DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA Y MENOPAUSIA

Pablo Díez-Villanueva¹, Marcos García Guimaraes², Alberto Vera Sainz¹, José Moreu Burgos³, Soledad Ojeda Pineda⁴, Juan Manuel Nogales Asensio⁵, Jorge Salamanca Vilorio¹, Gabriela Veiga Fernández⁶, Mónica Masotti Centol⁷, Santiago J. Camacho-Freire⁸, Santiago Jiménez Valero⁹, Marcelo Jiménez Kockar¹⁰, Íñigo Lozano¹¹, Teresa Bastante Valiente¹ y Fernando Alfonso¹

¹Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ²Hospital del Mar, Barcelona. ³Hospital Virgen de la Salud, Toledo. ⁴Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁵Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria). ⁷Hospital Clínic, Barcelona. ⁸Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ⁹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ¹⁰Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹¹Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: La disección coronaria espontánea (DCE) es una entidad relativamente poco frecuente pero bien conocida de síndrome coronario agudo (SCA). Hasta la fecha no se han estudiado y comparado las características clínicas y angiográficas, así como el manejo clínico y la evolución intrahospitalaria de estas pacientes en relación con la menopausia.

Métodos: El registro español de DCE (NCT03607981) es un registro multicéntrico que incluyó, de forma consecutiva, 318 pacientes con DCE, entre junio de 2015 y abril de 2019. Todas las coronariografías se analizaron en un laboratorio central. Para el propósito de este estudio, se seleccionaron las 279 mujeres incluidas en el estudio, y se clasificaron en dos grupos según fueran pre/peri o postmenopáusicas. Se analizaron los eventos intrahospitalarios.

Resultados: 119 pacientes (57,3%) eran posmenopáusicas. Las pacientes postmenopáusicas eran mayores (59 [52-66] vs 49 [43-54] años, $p = 0,01$) y tenían más habitualmente hipertensión (48 vs 24%, $p = 0,01$) y dislipemia (43 vs 24%, $p = 0,01$), y menos frecuentemente historia de enfermedad inflamatoria crónica (2 vs 8%, $p = 0,01$) (tabla). Estas mujeres presentaban también más habitualmente enfermedad coronaria previa (8 vs 3%, $p = 0,046$), siendo el SCASEST la forma de presentación más común en comparación con pacientes pre/perimenopáusicas (61 vs 45%, $p = 0,008$). Sin embargo, las pacientes pre/perimenopáusicas tuvieron más habitualmente afectación coronaria proximal (21 vs 8%, $p = 0,01$), afectación de múltiples segmentos (29 vs 16%, $p = 0,01$), lesiones más largas (43 ± 22 mm vs 34 ± 21 mm, $p = 0,022$), fueron manejadas más frecuentemente de forma invasiva y presentaron mayor disfunción ventricular (ambas, $p = 0,01$). No se encontraron diferencias en la duración de la estancia hospitalaria, nuevo infarto de miocardio, revascularización urgente o insuficiencia cardíaca.

Características clínicas basales, principales hallazgos angiográficos, manejo inicial y eventos intrahospitalarios

Pre/perimenopausia (119
pacientes)

Posmenopausia (160
pacientes)

p

Edad, años (RIQ)	49 [43-54]	59 [52-66]	0,01
Hipertensión arterial	29 (24)	77 (48)	0,01
Dislipemia	28 (24)	69 (43)	0,01
Diabetes mellitus	5 (4)	9 (6)	0,582
Historia de tabaquismo	53 (45)	64 (40)	0,447
Enfermedad tejido conectivo	1 (0,8)	1 (0,6)	0,833
Enfermedad inflamatoria crónica	10 (8)	3 (2)	0,011
Historia enfermedad coronaria	3 (3)	13 (8)	0,046
Depresión	24 (20)	33 (21)	0,925
Ansiedad	17 (14)	34 (21)	0,137
Múltipara	36 (30)	66 (41)	0,017
Ingreso como SCASEST	57 (48)	56 (35)	0,030
Ingreso como SCACEST	53 (45)	97 (61)	0,008
Afectación proximal	25 (21)	12 (8)	0,01
Afectación varios segmentos	35 (29)	26 (16)	0,01
Longitud lesiones (mm)	43 ± 22	34 ± 21	0,022
Estrategia inicial			0,01

Conservadora	83 (70)	135 (84)	
Intervencionismo coronario	36 (30)	25 (16)	
Función ventricular 50%	24 (22)	9 (7)	0,001
Eventos intrahospitalarios	10 (8)	10 (6)	0,490
Muerte	2 (1,7)	1 (0,6)	0,398
Reinfarto	5 (4)	4 (3)	0,426
Angiografía no planificada	8 (7)	9 (6)	0,705
Insuficiencia cardiaca	0	1 (0,6)	0,388

SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

Conclusiones: Las pacientes postmenopáusicas con DCE presentan un peor perfil de riesgo cardiovascular. Las pacientes pre/perimenopáusicas tienen mayor afectación proximal y lesiones más extensas, así como mayor disfunción ventricular, sin presentar diferencias significativas en los eventos intrahospitalarios.