



6003-9. SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE CAUSA EMBÓLICA FRENTE A NO EMBÓLICA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRESENTACIÓN

Jesús Carmona-Carmona, Iria Martínez-Primoy, Rocío Martínez-Núñez, Manuel Almendro Delia, Rafael J. Hidalgo Urbano y Juan Carlos García-Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El embolismo coronario (EC) es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo (SCA) con evidencia limitada a pequeñas series. En nuestra serie ($n = 36$) la FA supone el principal factor de riesgo, con elevación de ST como presentación más frecuente. Este trabajo compara características clínicas de una cohorte con enfermedad monovaso embólica frente a otra no embólica (arteria descendente anterior como responsable).

Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo que analiza dos cohortes de pacientes ingresados en nuestro servicio entre julio del 2011-marzo del 2021 por SCA. El diagnóstico de EC se estableció según los criterios del National Cerebral Cardiovascular Center. La cohorte comparativa se ha extraído del registro ARIAM Andalucía.

Resultados: De un total de 646 pacientes (19 eventos embólicos vs 627 no embólicos), el 73,7% eran mujeres en el grupo EC frente al 27% en la cohorte no embólica ($p 0,05$). El 9,3% de los pacientes tenían antecedentes de cardiopatía isquémica, mayor presencia de insuficiencia cardiaca con FEVI deprimida en el grupo no EC (21,1 vs 96,7%, $p 0,05$). Edad media de 75 ± 12 años en el grupo de EC frente a 62 ± 13 en el grupo no EC ($p 0,05$). Predominio de no fumadores en el grupo embólico (94,7 vs 56,3%, $p 0,05$) y más prevalencia de diabetes (21,1 vs 6,1%, $p 0,05$). No hubo diferencias en otros factores de riesgo cardiovascular. La presencia de arritmias previas al evento y el uso de anticoagulación eran mayores en la cohorte EC (36,8 vs 6,2%, $p 0,05$; 31,6 vs 5%, $p 0,05$ respectivamente). Durante el ingreso se evidenció mayor presencia de fibrilación auricular en el grupo embólico (31,6 vs 0,8%, $p = 0,002$). El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto médico fue menor en el grupo EC sin alcanzar la significación estadística (95 ± 80 min vs 503 ± 3.278 min, $p > 0,05$). Se apreció mayor puntaje en las escalas GRACE y CRUSADE al ingreso en el grupo embólico (162 ± 31 vs 145 ± 40 , $p = 0,042$; 45 ± 10 vs 23 ± 23 , $p = 0,001$).

Conclusiones: La EC es una entidad rara. Los datos obtenidos sugieren que eventos isquémicos con arteria ocluida, sobre todo en mujeres de mayor edad, fibrilación auricular periinfarto, diabéticas, fumadoras y con poco tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta, pueden hacer pensar en dicho fenómeno, el cual puede condicionar tanto el manejo intervencionista como médico al alta.