



6011-5. TRATAMIENTO HORMONAL Y DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA

Ricardo Mori Junco¹, Fernando Macaya Ten¹, Enrico Cerrato² y Javier Escaned Barbosa¹¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²San Luigi Gonzaga University Hospital, Orbassano (Italia).

Resumen

Introducción y objetivos: La disección coronaria espontánea (DCE) es un diagnóstico cada vez más frecuente de infarto agudo de miocardio (IAM). La predilección de la DCE por las mujeres y la asociación con el embarazo sugieren un papel fisiopatológico hormonal. El papel de la terapia hormonal en la DCE es poco conocido.

Métodos: Realizamos un estudio observacional multicéntrico de casos consecutivos de mujeres con DCE de 26 centros en Italia y España. El objetivo compuesto incluyó infarto agudo de miocardio no fatal o revascularización percutánea (ICP) no planificada, durante los primeros 28 días después del cateterismo índice. Analizamos su asociación con hormonoterapia previa.

Resultados: Incluimos a 224 mujeres con DCE de mediana edad (media $52,0 \pm 10,0$ años). Treinta y nueve (17,4%) pacientes informaron el uso actual de terapia hormonal y 185 (82,6%) pacientes la negaron. No hubo diferencias significativas en las características clínicas basales, la presentación clínica, las características angiográficas, el tratamiento inicial elegido y el éxito de la ICP entre los dos grupos. El objetivo compuesto tras el cateterismo índice y durante los primeros 28 días de seguimiento, se presentó en 7 (17,9%) pacientes con hormonoterapia previa y 14 (7,6%) pacientes sin ella, con diferencia estadísticamente significativa ($\log rank = 4,28$, $p = 0,0386$). El análisis de regresión de Cox ajustado mostró que la terapia hormonal es un factor de riesgo independiente para el objetivo compuesto durante los primeros 28 días de seguimiento (HR 2,92; IC95%: 1,15-7,45, $p = 0,025$).

Características clínicas, angiográficas y terapéuticas basales

Característica clínica	Con terapia hormonal (n = 39)	Sin terapia hormonal (n = 185)	p
Edad (media \pm DE)	46,5 (\pm 8,0)	53,2 (\pm 10,0)	0,089
Diabetes mellitus (%)	1 (2,6)	3 (1,6)	0,541

Hipertensión (%)	8 (20,5)	65 (35,1)	0,073
Fumadora (%)	13 (33,3)	44 (23,8)	0,213
Hipotiroidismo (%)	7 (18,0)	25 (13,5)	0,472
Migraña (%)	13 (33,3)	33 (17,8)	0,034
Periparto (%)	1 (2,6)	3 (1,6)	0,541
Posmenopausia (%)	5 (12,8)	82 (44,3)	0,066
Presentación clínica			
SCACEST n (%)	22 (56,4)	85 (45,9)	0,141
SCASEST n (%)	13 (33,3)	93 (50,3)	0,054
Característica angiográfica			
Enfermedad multivaso	5 (12,8)	20 (10,8)	0,717
Angiotipo Adlam 2A&3	15 (38,5)	59 (31,9)	0,428
Primer tratamiento elegido			
Tratamiento médico	24 (61,5)	118 (63,8)	
ICP	15 (38,5)	67 (36,2)	0,880
Cirugía	0	1 (0,54)	
Éxito de ICP	10 (66,7)	49 (73,1)	0,532

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



Curvas KM de supervivencia del evento compuesto a 28 días.

Conclusiones: La hormonoterapia previa a un episodio de disección coronaria espontánea es un factor de riesgo de infarto agudo de miocardio no fatal o revascularización percutánea no planificada tras el cateterismo índice y durante los primeros 28 días de seguimiento.