



4014-6. EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y AL AÑO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA. DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE DCE (RN-DCE)

Marcos Manuel García Guimaraes¹, Pablo Díez-Villanueva², Fernando Macaya Ten³, Mónica Masotti Centol⁴, Ricardo Sanz Ruíz⁵, Gerard Roura Ferrer⁶, Juan Manuel Nogales Asensio⁷, Omar Abdul-Jawad Altisent⁸, Xacobe Flores Ríos⁹, Marcelo Jiménez Kockar¹⁰, Gabriela Veiga Fernández¹¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹², Maite Velázquez Martín¹³ y Fernando Alfonso Manterola²

¹Hospital del Mar, Barcelona. ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ³Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁴Hospital Clínic, Barcelona. ⁵Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁶Hospital de Bellvitge, Barcelona. ⁷Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz. ⁸Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. ⁹Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ¹⁰Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria. ¹²Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ¹³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa relativamente infrecuente de síndrome coronario agudo. El objetivo fue evaluar el pronóstico intrahospitalario y en el primer año de seguimiento en pacientes con DCE.

Métodos: El Registro Nacional de DCE incluyó de forma prospectiva a pacientes con DCE de 34 centros a nivel nacional. Todas las angiografías coronarias fueron revisadas por dos expertos en un *corelab* central. Se predefinió un evento adverso mayor intrahospitalario (MAE) (combinado de muerte, *shock* cardiogénico, reinfarto, revascularización no planificada, arritmia ventricular o accidente cerebrovascular) y un evento adverso cardiovascular mayor (MACE) a los 12 meses (combinado de muerte, reinfarto, revascularización no planificada, recurrencia de SCAD o accidente cerebrovascular).

Resultados: Entre junio de 2015 y diciembre de 2020, se incluyeron un total de 412 pacientes. Veinticuatro pacientes fueron excluidos por el *corelab*. Así, 388 pacientes (440 lesiones) fueron incluidos. La mayoría de las pacientes eran mujeres (89%), con una mediana de edad de 53 años (RIC 47-60). Fue frecuente la presencia de hipertensión arterial (36%), dislipemia (33%) e historia de tabaquismo (44%). La presentación más frecuente fue como IAMSEST (55%). La arteria descendente anterior fue la más frecuentemente afectada (44%), con lesiones que afectaron predominantemente a segmentos distales (38%) y ramas secundarias (55%). Un hematoma intramural largo (patrón tipo 2) fue el patrón angiográfico más frecuentemente identificado (62%). En el 78% de las pacientes, el manejo inicial fue conservador (frente a un 22% sometidos a intervencionismo coronario percutáneo). Veinticuatro pacientes (6,2%) tuvieron un MAE durante el ingreso, a expensas de revascularizaciones no planificadas (4,4%) y reinfartos (2,8%). Solo 6 pacientes (1,6%) fallecieron durante el ingreso. A los 12 meses, 37 pacientes (10,8%) presentaron MACE, a expensas de reinfartos (5,8%) y revascularizaciones no planificadas (5,8%). En el seguimiento a 12 meses, solo 1 paciente presentó recurrencia de DCE y fallecieron un total de 8 pacientes (2,3%).

Conclusiones: En una cohorte prospectiva amplia de pacientes con DCE, el pronóstico intrahospitalario y a los 12 meses fue bueno. Una proporción considerable de los eventos ocurrieron durante el ingreso índice, relacionados con reinfartos y nuevas revascularizaciones.