



6045-3. DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA E INFARTO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: ¿IMPORTA LA PRESENTACIÓN CLÍNICA?

Marcos Manuel García Guimarães¹, Ricardo Sanz Ruíz², Fernando Macaya Ten³, Manel Sabaté Tenas⁴, Gerard Roura Ferrer⁵, Juan Manuel Nogales Asensio⁶, Maite Velázquez Martín⁷, Gabriela Veiga Fernández⁸, Xacobe Flores Ríos⁹, Omar Abdul-Jawad Altisent¹⁰, Marcelo Jiménez Kockar¹¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹², David del Val Martín¹³, Teresa Bastante Valiente¹³ y Fernando Alfonso¹³

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

Resumen

Introducción y objetivos: La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa de síndrome coronario agudo, más frecuente en mujeres. Entre el 30-40% se presentan como infarto con elevación del segmento ST (IAMEST). Este estudio analizó las características, manejo y pronóstico a corto y largo plazo de pacientes con DCE que se presentan como IAMEST, frente al grupo de pacientes con infarto sin elevación del segmento ST (IAMSEST).

Métodos: El Registro Nacional de Disección Coronaria Espontánea (RN-DCE) recoge casos incidentes de DCE de 34 centros. Se definió un evento adverso mayor hospitalario (MAE) como el combinado de muerte, reinfarto, revascularización no planeada, *shock* cardiogénico, arritmia ventricular o ictus. Se definió un evento adverso cardiaco o cerebrovascular mayor (MACCE) en el seguimiento, como el combinado de muerte, reinfarto, revascularización no planeada, recurrencia de DCE o ictus.

Resultados: Entre 2015 y 2020 se incluyeron 389 pacientes (88% mujeres). 156 pacientes (42%) se presentaron como IAMEST, 211 como IAMSEST. Las mujeres con IAMEST fueron con menor frecuencia posmenopáusicas (48 frente a 62%, $p = 0,0071$), con una tendencia a una mayor frecuencia del contexto periparto (3 vs 0,5%, $p = 0,08$). Los pacientes con IAMEST presentaron lesiones más graves (% estenosis luminal $85 \pm 18\%$ frente a $75 \pm 21\%$, $p = 0,001$) y con mayor longitud (42 ± 23 mm frente a 35 ± 24 mm, $p = 0,0066$), mostrando con mayor frecuencia una imagen angiográfica de oclusión (1% frente a 7%, $p = 0,0067$) y un peor flujo inicial (flujo TIMI 0-1 en 38 frente a 19%, $p = 0,001$). Los pacientes con IAMEST fueron sometidos con mayor frecuencia a intervencionismo coronario percutáneo (ICP) (31 frente a 16%, $p = 0,001$) y presentaron con mayor frecuencia disfunción ventricular (21 frente a 8%, $p = 0,001$). Durante el ingreso, no hubo diferencias en MAE (7 frente a 5%, $p = 0,4634$); la incidencia de reinfartos (5 frente a 1,4%, $p = 0,0395$) y *shock* cardiogénico (2,6 vs 0%, $p = 0,0193$) fue mayor en pacientes con IAMEST. Con una mediana de seguimiento de 29 meses, tampoco hubo diferencias en MACCE entre ambos grupos (13 frente a 13%, $\log \text{rank } p = 0,8824$).



Supervivencia libre de MACCE estimada mediante el método de Kaplan-Meier, estratificado según el diagnóstico de IAMEST o IAMSEST.

Conclusiones: En este registro prospectivo en DCE, los pacientes con IAMEST presentaron un peor perfil angiográfico y fueron remitidos con mayor frecuencia a ICP. A pesar de ello, no encontramos diferencias en el pronóstico a corto o largo plazo entre pacientes con DCE con IAMEST frente a IAMSEST.