



6034-3. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIAS NORMALES (MINOCA) DE ACUERDO A LA DEFINICIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA (ESC): PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO

Daniel Nieto Ibáñez¹, Alfonso Fraile Sanz¹, Cristina Perela Álvarez¹, Bárbara Izquierdo Coronel¹, Renée Olsen Rodríguez¹, Rocío Abad Romero¹, David Galán Gil¹, María Jesús Espinosa Pascual¹, Carlos Moreno Vinués¹, Javier López Pais², Paula Awamleh García¹, Rebeca Mata Caballero¹ y Joaquín Jesús Alonso Martín¹

¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid. ²Complejo Hospitalario de Ourense.

Resumen

Introducción y objetivos: La fisiopatología, tratamiento y pronóstico de los MINOCA no se comprenden completamente. En este estudio comparamos las características y pronóstico de los pacientes MINOCA y aquellos con infarto agudo de miocardio (IAM) con lesiones obstructivas.

Métodos: Analizamos todos los pacientes consecutivos con IAM sometidos a angiografía en nuestro hospital universitario, que cubre a 220.000 personas, en un periodo de 60 meses. La base de datos y las angiografías fueron revisadas por un grupo de expertos para adecuarlos a la definición de MINOCA de la Guía de la ESC de 2020 y el *position paper* de la American Heart Association.

Resultados: Se analizaron 680 pacientes, de los cuales 68 (10%) fueron MINOCA, con una mediana de seguimiento de 31 ± 16 meses (tabla). El mecanismo causal de los MINOCA fue espasmo coronario (17,6%), rotura de placa (13,2%), embolia coronaria (7,4%), disección coronaria (2,9%), IAM tipo 2 (19,1%) o desconocido (39,7%). El 57,4% no tuvo ninguna obstrucción, y el 42,6% la tuvo del 30-50%. No hubo diferencias en la prevalencia de cáncer, enfermedades autoinmunes o psiquiátricas, dislipemia (DL) o hipertensión arterial (HTA), pero sí que fue mayor la de fibrilación auricular, migraña, enfermedades del tejido conectivo, y menor la de tabaquismo y diabetes en MINOCA. No hubo influencia significativa del estrés (medido con las escalas validadas STAI y DS-14). Los síntomas al ingreso no diferían en ambos grupos, aunque los MINOCA tenían electrocardiogramas (ECG) con menos alteraciones. Las diferencias en el pronóstico fueron significativas, ya que los MINOCA tuvieron menos complicaciones como requerimientos de inotropos (0% vs 4,8%, p = 0,04), *shock* (0% vs 6,6%, p = 0,013) o disfunción ventricular izquierda (11,8 vs 30,2, p = 0,015). Los marcadores de daño miocárdico (MDM) fueron menores en MINOCA. La tasa de mortalidad tendió a ser menor durante la hospitalización (0% vs 3,1%, p = 0,131) y el seguimiento (9,1% vs 11,5%, p = 0,369).

Características de los pacientes con MINOCA Vs pacientes con IAM y arterias obstructivas

MINOCA (68)

Obstructivos (612) p

Fibrilación auricular (%)	14,7 (N = 10)	7,4 (N = 45)	0,038
Enfermedad psiquiátrica (%)	19,1 (N = 13)	12,1 (N = 74)	0,079
Migraña (%)	11,8 (N = 8)	3,3 (N = 20)	0,04
Cáncer (%)	14,7 (N = 10)	12,0 (N = 73)	0,139
Enfermedad del tejido conectivo (%)	5,9 (N = 4)	1,3 (N = 8)	0,025
Fumadores (%)	44,8 (N = 30)	72,3 (N = 395)	0,01
Diabetes (%)	20,6 (N = 14)	34,8 (N = 212)	0,011
Dislipemia (%)	44,8 (N = 30)	55,8 (N = 339)	0,055
Hipertensión (%)	67,6 (N = 46)	61,0 (N = 371)	0,175
ECG normal al ingreso (%)	23,5 (N = 16)	11,3 (N = 68)	0,01
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo deprimida al ingreso (%)	11,8 (N = 8)	30,2 (N = 189)	0,015
Requerimiento de inotropos durante la hospitalización (%)	0,0 (N = 0)	8,5 (N = 50)	0,04
<i>Shock</i> Cardiogénico durante la hospitalización (%)	0,0 (N = 0)	6,6 (N = 40)	0,013
Muerte durante la hospitalización (%)	0,0 (N = 0)	3,1 (N = 19)	0,131
Muerte durante el seguimiento (%)	9,1 (N = 6)	11,5 (N = 65)	0,369
Puntuación en la escala STAI (puntos)	26 ± 18	38 ± 13,5	0,537
Puntuación en la escala DS-14 (puntos)	22,5 ± 12,0	18,0 ± 7,5	0,689

Troponina T hs (ng/l)	273 ± 175,5	942,5 ± 1160,5	0,01
CK (U/l)	199,05 ± 136,0	433 ± 456,5	0,01

Las variables cualitativas están expresadas como porcentaje y número de casos. Las cuantitativas están expresadas como medianas y rango intercuartílico.

Conclusiones: Analizar el perfil clínico de los MINOCA puede ayudar a entender su fisiopatología y encontrar nuevas dianas terapéuticas. Al ingreso, no encontramos diferencias clínicas que ayuden a un diagnóstico precoz, pero presentan ECG normal con más frecuencia y menores niveles de MDM. Los MINOCA parecen tener mejor pronóstico y menor daño miocárdico. Sin embargo se necesita más evidencia para encontrar un tratamiento adecuado para estos pacientes.