



11. DESCRIBIENDO DOS TIPOS DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ENFERMEDAD CORONARIA ATEROESCLERÓTICA OBSTRUCTIVA: INFARTO CON ARTERIAS CORONARIAS LISAS O INFARTO CON MÍNIMAS IRREGULARIDADES

Renée Olsen Rodríguez¹, Cristina Perela Álvarez¹, Daniel Nieto Ibáñez¹, María Martín Muñoz¹, María Álvarez Bello¹, Rocío Abad Romero¹, Paula Rodríguez Montes¹, Nuria Gil Mancebo¹, Rebeca Mata Caballero¹, Bárbara Izquierdo Coronel¹, Alfonso Fraile Sanz¹, María Jesús Espinosa Pascual¹, Carlos Moreno Vinués¹, Javier López Pais² y Joaquín J. Alonso Martín¹

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

Resumen

Introducción y objetivos: Los infartos agudos de miocardio (IAM) sin enfermedad coronaria obstructiva (MINOCA) representan el 10% de todos los IAM. El objetivo de este estudio es analizar el perfil clínico y el pronóstico de dos tipos de patrón angiográfico en los pacientes con MINOCA: pacientes sin enfermedad coronaria (arterias coronarias lisas) y pacientes con mínimas irregularidades.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo y observacional donde incluimos 105 pacientes consecutivos, que ingresaron en nuestro hospital desde el 1 de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2022 con el diagnóstico de MINOCA, de acuerdo a la definición en las guías europeas de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) de 2020. Dividimos a los pacientes en dos grupos: pacientes con arterias coronarias lisas y pacientes con irregularidades ligeras (estenosis 50%), y comparamos características clínicas, datos de laboratorio, hallazgos de hemodinámica y pronóstico.

Resultados: Sesenta y tres de los 105 pacientes (el 60%) tenían arterias coronarias lisas y cuarenta y dos pacientes (el 40%) tenían leves irregularidades sin enfermedad coronaria obstructiva. No encontramos diferencias en cuanto al género o la edad entre los dos grupos (tabla). Tenían similares características clínicas antes de la hospitalización (tabla). La forma más frecuente de presentación en ambos grupos fue SCASEST, con niveles pico de troponina T ultrasensible también similares. El mecanismo subyacente más frecuente en los pacientes con arterias coronarias lisas fue el IAM tipo 2 (17,7%), seguido del vasoespasmo coronario epicárdico (16%). En los pacientes con mínimas irregularidades, el mecanismo más frecuente fue la disrupción de placa de ateroma (19%), seguido del IAM tipo 2 (16,7%). Con una mediana de seguimiento de 44 meses, no encontramos diferencias significativas en los eventos a largo plazo: reinfarctos (HR 4,3 (IC95% 0,5-38,7), p = 0,2), rehospitalización por motivos cardiovasculares (HR 1,5 (IC95% 0,5-4,5), p = 0,43) o muerte (HR 0,9 (IC95% 0,2-3,7), p = 0,88) ni en la combinación de ellos en MACE (eventos adversos mayores cardiovasculares) (HR 1,1 (IC95% 0,5-2,6), p = 0,85).

Análisis univariante. Las variables cuantitativas están expresadas en términos de mediana y rango intercuartílico

	MINOCA con arterias coronarias lisas (N = 63)	MINOCA con mínimas irregularidades (N = 42)	p
Género femenino N (%)	30 (48%)	15 (36%)	0,23
Edad (años)	63 [53-70]	68 [50-78]	0,47
IAM previo N (%)	8 (13%)	5 (12%)	1
Fibrilación auricular N (%)	11 (17%)	2 (5%)	0,07
Cáncer activo N (%)	5 (8%)	3 (7%)	1
Diabetes N (%)	15 (24%)	10 (24%)	1
Dislipemia N (%)	32 (52%)	18 (43%)	0,4
Hipertensión N (%)	42 (67%)	27 (64%)	0,8
Estrés N (%)	26 (55%)	19 (55%)	0,7
SCASEST N (%)	46 (74%)	33 (84%)	0,4
Troponina T ultrasensible (ng/L)	181 [32-432]	164 [46-361]	0,96

IAM: infarto agudo de miocárdio; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

Conclusiones: Los MINOCA con arterias coronarias lisas son más prevalentes que los MINOCA con mínimas irregularidades (60 vs 40%). A pesar de las diferencias en los mecanismos entre los dos tipos, el pronóstico a largo plazo es similar.