



6048-306. PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIAS NO OBSTRUIDAS QUE HAYAN TENIDO UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO PREVIO

María Álvarez Bello¹, Alfonso Fraile Sanz¹, María Martín Muñoz¹, Cristina Perela Álvarez¹, Daniel Nieto Ibáñez¹, Renée Olsen Rodríguez¹, Rocío Abad Romero², Nuria Gil Mancebo¹, Paula Rodríguez Montes¹, Silvia Humanes Ybáñez¹, Miguel de la Serna Real de Asua¹, Bárbara Izquierdo Coronel¹, María Jesús Espinosa Pascual¹, Rebeca Mata Caballero¹ y Joaquín J. Alonso Martín¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), España y ²Unidad de Imagen del Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los antecedentes de síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes con infarto agudo de miocardio con arterias coronarias no obstruidas (MINOCA) dificultan aún más su diagnóstico. El papel de los factores de riesgo cardiovascular, bien conocido en los pacientes con lesiones obstructivas, no está tan claro en los MINOCA. El objetivo de este estudio es definir las características clínicas, factores de riesgo y pronóstico a largo plazo en pacientes MINOCA que hayan tenido SCA previo.

Métodos: Estudio prospectivo, analítico y observacional de todos los pacientes con SCA a los que se les realizó una coronariografía en un centro entre 2016 y 2023. Se compararon los pacientes MINOCA con y sin antecedentes personales de SCA previo. Los eventos durante el seguimiento se definieron como muerte por cualquier causa, hospitalización, nuevo infarto e ictus.

Resultados: De 136 pacientes MINOCA, 17 tenían antecedentes de SCA. La mediana de seguimiento fue 43 [RIC 20-71]. En el grupo de SCA previo hubo mayor proporción de hombres (82 vs 48%; $p = 0,008$), más trabajo nocturno (47 vs 25%, $p = 0,017$), más enfermedad arterial periférica (24 vs 3%, $p = 0,005$), diabetes (41 vs 19%, $p = 0,05$), dislipemia (71 vs 43%, $p = 0,034$) y fibrilación auricular (29 vs 9%, $p = 0,032$). A pesar de tener una mayor incidencia de disfunción ventricular previa (24 vs 3%, $p = 0,005$), tenían menos nivel de troponina al ingreso (62 [RIC 37-368] vs 152 [RIC 49-424]). No se observaron otras diferencias (tabla 1). Al ingreso, los pacientes con SCA previo presentaron significativamente menos descenso del ST (29 vs 10%, $p = 0,04$) y recibieron menos bloqueadores beta (82 vs 57%, $p = 0,046$). Además, hubo una tasa significativamente más alta de infarto tipo II (41 vs 16%, $p = 0,044$). Sin embargo, se vio más tendencia a presentar vasoespasmo, disección o embolismo coronario en aquellos sin SCA previo. En el seguimiento, los pacientes con SCA previo mostraron una mayor probabilidad de presentar otro infarto (6 vs 3%, $p = 0,3$) o ictus (12 vs 6%, $p = 0,2$), así como una tendencia a presentar eventos mayores (HR 2,379, IC95% 0,883-6,405) (tabla 2).

Tabla 1. Características
basales, mecanismo de infarto
y datos durante el ingreso de
pacientes MINOCA con y sin
SCA previo

	SCA previo	No SCA previo	p
	17 (12,5%)	119 (87,5%)	
Características basales			
Edad (años), (Me [RIC])	69 [57-75]	64 [51-73]	0,348
Sexo masculino, n (%)	14 (82)	57 (48)	0,008
Tabaquismo, n (%)	12 (71)	56 (47)	0,139
Estrés, n (%)	3 (18)	52 (44)	0,152
Trabajo nocturno, n (%)	8 (47)	30 (25)	0,017
Hipertensión, n (%)	11 (65)	77 (65)	1
Diabetes mellitus, n (%)	7 (41)	23 (19)	0,05
Dislipemia, n (%)	12 (71)	51 (43)	0,034
Enfermedad arterial periférica, n (%)	4 (24)	3 (3)	0,005
Fibrilación auricular, n (%)	5 (29)	11 (9)	0,032
IC previa, n (%)	2 (12)	3 (3)	0,058
DVI previa, n (%)	4 (24)	3 (3)	0,005
ACVA previo, n (%)	3 (18)	8 (7)	0,125
ERC previa, n (%)	3 (18)	12 (10)	0,402

AOS previo, n (%)	2 (12)	16 (13)	1
-------------------	--------	---------	---

Mecanismo del infarto

Vasoespasmo, n (%)	1 (6)	16 (13)	0,697
--------------------	-------	---------	-------

Embolia coronaria, n (%)	0	5 (4)	1
--------------------------	---	-------	---

Diseccción coronaria, n (%)	0	6 (5)	1
-----------------------------	---	-------	---

Rotura de placa, n (%)	1 (6)	16 (13)	0,697
------------------------	-------	---------	-------

IAM tipo II, n (%)	7 (41)	19 (16)	0,044
--------------------	--------	---------	--------------

Datos durante el ingreso

Pico de troponina T (ng/l), Me [RIC]	62 [37-368]	152 [49-424]	0,427
---	-------------	--------------	-------

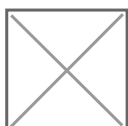
Descenso del ST, n (%)	5 (29)	12 (10)	0,04
------------------------	--------	---------	-------------

Aspirina, n (%)	12 (71)	106 (89)	0,006
-----------------	---------	----------	--------------

Bloqueadores beta, n (%)	14 (82)	68 (57)	0,046
--------------------------	---------	---------	--------------

Estatinas, n (%)	15 (88)	38 (32)	0,001
------------------	---------	---------	--------------

ACVA: accidente cerebrovascular agudo; AOS: síndrome apnea obstructiva; DVI: disfunción ventricular izquierda; ERC: enfermedad renal crónica; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardiaca; Me: mediana; MINOCA: infarto agudo de miocardio con arterias coronarias no obstruidas; SCA: síndrome coronario agudo.



Seguimiento y pronóstico de MINOCA con y sin SCA previo.

Conclusiones: Los pacientes MINOCA con SCA previo muestran mayor disfunción ventricular y una influencia significativa de los factores de riesgo cardiovascular. Además, podrían tener un peor pronóstico con mayores complicaciones cardiovasculares, lo que podría sugerir un perfil más similar con los infartos obstructivos.