



6010-120. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ENFERMEDAD CORONARIA ATEROESCLERÓTICA OBSTRUCTIVA Y SIN CAUSA ETIOLÓGICA: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

Marc Izquierdo Ribas, Pedro Luis Cepas Guillén, Teresa López-Sobrino, M. Mercè Roqué Moreno, Carlos Falces Salvador y Manel Sabaté Tenas, del Servicio de Cardiología, Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: En alrededor del 25% de los infartos agudos de miocardio (IAM) sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva (MINOCA) se desconoce la etiología. En esta población, la toma de ácido acetilsalicílico (AAS), IECA y estatinas se ha asociado a un mejor pronóstico. Evaluamos las características clínicas, abordaje, tratamiento y pronóstico en esta cohorte de pacientes.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de MINOCA sin etiología identificada durante un año, en un hospital terciario. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de procedimiento. Se evaluó la mortalidad intrahospitalaria, la adherencia al tratamiento y la morbimortalidad durante el seguimiento.

Resultados: Durante el año 2017, se identificaron 39 pacientes (57% varones; edad media de $66,3 \pm 13,8$ años) con diagnóstico de MINOCA sin causa etiológica (33% de todos los MINOCA) (figura). Un tercio de los pacientes presentaba más de un FRCV. El 85% presentó dolor anginoso típico. El pico medio de troponina I fue de $1,795 \pm 3,206$ ng/ml (VN: 0,017 ng/ml). Las puntuaciones de riesgo isquémico y hemorrágico GRACE y CRUSADE fueron de 120 ± 36 y 29 ± 11 , respectivamente. Se realizó un ecocardiograma transtorácico en el 80% de los pacientes, el resto de pruebas diagnósticas fueron realizadas con escasa frecuencia (tabla). Al alta, se pautó antiagregación simple (AAS) en el 75%, recibiendo doble antiagregación el 23% (principalmente con clopidogrel). Un 69% recibió estatinas, un 56% IECA/ARA2 y un 39% tratamiento bloqueador beta. Durante el seguimiento (media de $21,3 \pm 3,3$ meses), un 43% de los pacientes presentó un evento: mortalidad cardiovascular (5%), hemorragia mayor (5%), ictus (3%), reingreso o reconsulta a urgencias por dolor torácico (38%). No hubo ningún caso de nuevo IAM. El tratamiento médico no se asoció a la presencia de eventos clínicos.

Pruebas complementarias realizadas para descartar diagnósticos alternativos

Prueba complementaria

Casos en qué se realizó

Ventriculografía

5 (13%)

IVUS/OCT	0 (0%)
Test de provocación de vasoespasma	0 (0%)
Dímero D	4 (10%)
AngioTC pulmonar	3 (8%)
Coronariografía en segundo tiempo	1 (3%)
Ecocardiografía	31 (80%)
RM cardiaca	3 (8%)

IVUS: ultrasonido intracoronario; OCT: tomografía de coherencia óptica; RM: resonancia magnética.



Diagrama de selección de pacientes.

Conclusiones: Los pacientes con MINOCA de causa no aclarada con presentación anterior al consenso ESC de 2017 fueron estudiados con escasas exploraciones complementarias. Presentaron una morbilidad elevada, a pesar de recibir tratamiento optimizado en un porcentaje considerable de pacientes con una moderada adherencia terapéutica. Es necesario un cambio en el proceso diagnóstico y terapéutico de estos pacientes. Formulaciones farmacológicas combinadas podrían contribuir a ello.