



6008-117. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN LESIONES CORONARIAS ANGIOGRÁFICAMENTE SIGNIFICATIVAS: PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN

Javier López Pais, Bárbara Izquierdo Coronel, David Galán Gil, María Jesús Espinosa Pascual, Juan Górriz Magaña, Carlos Gustavo Martínez-Peredo, Paula Awamleh García y Joaquín Jesús Alonso Martín del Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El infarto agudo de miocardio (IAM) con arterias coronarias sin obstrucciones significativas (MINOCA, por sus siglas en inglés) es un reto en la práctica clínica ya que existen lagunas en su conocimiento. El objetivo de este estudio es analizar sus características clínicas, fisiopatológicas y pronósticas.

Métodos: Estudio de cohortes, analítico, observacional y prospectivo en un hospital y su área. Se recogen todos los pacientes consecutivos ingresados por MINOCA en 26 meses. Se utilizaron las definiciones del “2016 ESC working group position paper on MINOCA”. El control fueron 122 pacientes consecutivos ingresados por IAM con enfermedad coronaria obstructiva (EC).

Resultados: Ochenta y seis (11,7%) de los 735 ingresos por IAM fueron considerados MINOCA. Comparados con los IAM con EC fueron con mayor frecuencia mujeres (46,5 frente a 23,7% $p < 0,01$), más jóvenes ($61,8 \pm 15,8$ frente a $65,7 \pm 13,9$ años, $p = 0,12$) y con mejor perfil de riesgo cardiovascular (RCV) (DM 12,8 frente a 40,5% $p < 0,01$, dislipemia 34,9 frente a 65,8%, $p < 0,01$, HTA 53,4 frente a 66,6%, $p = 0,06$ y tabaco 48,8 frente a 65,6%, $p = 0,02$). Las alteraciones emocionales, psicológicas o de conducta fueron más frecuentes en los MINOCA así como las situaciones proinflamatorias (tabla). Los mecanismos fisiopatológicos de los MINOCA fueron: takotsubo (27%) aterotrombosis con probable trombo lisado (21%), desconocido (15%), vasoespasmo 7%, embolia 6%, disección coronaria 2,3% y anomalías coronarias 1,2%. El 9,3% fueron IAM tipo II y en el 10,4% la causa del cuadro fue miocarditis. La tasa de complicaciones (reIAM, muerte, *shock*, ictus, edema de pulmón y sangrado mayor) hospitalarias fue similar (18,3 frente a 18,6%) entre IAM con EC y los MINOCA. En estos durante el seguimiento (mediana 12,5m), la mortalidad fue un 1,6%, la incidencia de MACE fue del 9,5% y el 30% reingresaron. El 11% refirió una clase funcional $> II$. Los factores de RCV tradicionales no afectaron al pronóstico en los MINOCA.

	MINOCA	IAM con lesiones coronarias significativas	p
Enf. psiquiátrica	29,4	13,4	0,02
Estrés emocional	76,2	31,3	< 0,01

Consumo drogas	6,0	0,9	0,09
Cáncer activo	11,6	4,1	0,06
Enf. del tejido conectivo	7,0	0,0	< 0,01
Alergias	18,6	9,8	0,1
IAM intercurrente en ingreso por otra causa	8,1	2,4	0,1
Niveles de PCR	35,1 ± 57,4	1,6 ± 38,0	0,04.
Diabetes	12,8	40,5	< 0,01
Dislipemia	34,9	65,8	< 0,01
Hipertensión	53,4	66,6	0,06
Tabaquismo	48,8	65,6	0,02

Factores de riesgo, datos de situación proinflamatoria y alteraciones psicoconductuales.

Conclusiones: La frecuencia de MINOCA es elevada (11,7% de los IAM). Tiene un perfil de RCV más favorable que los IAM con EC, a pesar de ello la tasa de complicaciones intrahospitalarias fue similar y a largo plazo la incidencia de MACE (9,5%) y reingresos (30%) fue alta. En este tipo de IAM las alteraciones psicoconductuales y los estados proinflamatorios pueden jugar un papel importante, pero se necesitan mayores estudios para confirmarlo.