



# Revista Española de Cardiología



## 6015-238. LA ECTASIA CORONARIA ES UN POTENTE PREDICTOR DE NUEVOS EVENTOS ATERTROMBÓTICOS AGUDOS TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

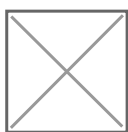
Juan Antonio Franco Peláez<sup>1</sup>, Roberto Martín Reyes<sup>1</sup>, Ana María Pello Lázaro<sup>1</sup>, Álvaro Aceña Navarro<sup>1</sup>, Óscar Lorenzo González<sup>1</sup>, Ignacio Hernández González<sup>2</sup>, Rocío Carda Barrio<sup>1</sup>, María Luisa Martín Mariscal<sup>1</sup>, Jesús Egido<sup>1</sup> y José Tuñón<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid y <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Aunque no es infrecuente detectar ectasia coronaria (EC) en una coronariografía, se conoce poco de su historia natural. Nuestro objetivo fue evaluar si la EC se asocia con un aumento de eventos aterotrombóticos agudos (EAA).

**Métodos:** Incluimos pacientes ingresados por SCA en nuestro hospital, sometidos a coronariografía, entre julio de 2006 y abril de 2010. Las angiografías fueron revisadas por 2 cardiólogos intervencionistas experimentados, quienes establecieron el diagnóstico de EC según criterios de Markis (dilatación de un segmento arterial hasta 1,5 veces el de un segmento normal adyacente) y calcularon el Syntax Score. El seguimiento se realizó telefónicamente o revisando la historia clínica electrónica. El objetivo primario del estudio fue el tiempo hasta el primer EAA (SCA con/sin ascenso de ST, ictus o AIT). Mediante métodos de regresión multivariante de Cox buscamos factores pronósticos que incluyeron un amplio grupo de variables clínicas, angiográficas (además de la EC) y analíticas.

**Resultados:** 23 de los 270 pacientes incluidos (8,5%) fueron diagnosticados de EC. Estos eran más frecuentemente varones, tenían una mayor prevalencia de dislipemia, mayor IMC y mayores niveles de triglicéridos y LDL-c. Las características de ambos grupos se presentan en la tabla. La mediana de seguimiento fue de 5,35 años (RIC 3,88-6,65). 40 pacientes tuvieron un primer EAA durante el seguimiento, 8 en el grupo de EC (34,8%) y 32 en el grupo control (13,0%) ( $P$  (log rank) = 0,003). En el grupo de EC, la incidencia de EAA fue principalmente debida a SCA (7 de 8), mientras que en el grupo control hubo una incidencia similar de SCA y eventos neurológicos (17 SCA y 15 ictus/AIT). En el análisis multivariante, la EC fue uno de los mejores predictores de EAA (HR = 2,67, IC95% = [1,22-5,82];  $p$  = 0,013), junto con el Syntax Score (HR = 1,04 por cada aumento de 1, IC95% = [1,01-1,06];  $p$  = 0,005) y el número de plaquetas (HR = 1,84 por cada incremento de 100.000 U/l, IC95% = [1,16-2,92],  $p$  = 0,010). Las curvas de supervivencia según el método de Kaplan-Meier se muestran en la figura.



*Curvas de supervivencia.*

## Características basales de la población

|                                | Grupo control (N = 247) | Grupo ectasia coronaria (N = 23) | p     |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------|
| Edad (años)                    | 66,0 (54,0-77,0)        | 63,0 (57,0-63,0)                 | 0,563 |
| Varones (%)                    | 64,4                    | 91,3                             | 0,004 |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> )       | 27,9 (25,1-30,7)        | 29,0 (27,0-33,6)                 | 0,027 |
| Diabetes mellitus (%)          | 21,1                    | 17,4                             | 0,794 |
| Tabaquismo (%)                 | 68,4                    | 73,9                             | 0,581 |
| Hipertensión (%)               | 69,6                    | 73,9                             | 0,665 |
| Dislipemia (%)                 | 47,0                    | 82,6                             | 0,001 |
| Ictus/AIT (%)                  | 6,1                     | 0                                | 0,625 |
| Fibrilación auricular (%)      | 6,1                     | 8,7                              | 0,645 |
| FEVI                           | 0,60 (0,50-0,68)        | 0,57 (0,47-0,57)                 | 0,431 |
| SCACEST (%)/SCASEST (%)        | 47,0/53,0               | 43,5/56,5                        | 0,748 |
| Revascularización completa (%) | 71,3                    | 56,5                             | 0,152 |
| AAS (%)                        | 91,1                    | 91,3                             | 1,000 |
| Clopidogrel (%)                | 74,9                    | 73,9                             | 0,917 |
| Acenocumarol (%)               | 6,1                     | 4,3                              | 0,727 |
| Hemoglobina (g/dl)             | 14,3 (13,3-15,1)        | 14,6 (13,9-15,2)                 | 0,389 |

|                                   |                  |                   |       |
|-----------------------------------|------------------|-------------------|-------|
| Plaquetas (por ?l)                | 237 (191-279)    | 250 (191-295)     | 0,435 |
| LDL colesterol (mg/dl)            | 74,0 (61,0-93,0) | 87,0 (70,0-110,0) | 0,039 |
| GFR (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) | 75,2 (60,2-87,5) | 79,7 (65,3-86,8)  | 0,617 |

**Conclusiones:** Según nuestros datos, en pacientes con SCA, la presencia de ectasia coronaria implica un incremento del riesgo (2,67 veces) de sufrir un nuevo SCA, un ictus o un AIT. Se necesitan nuevos estudios para evaluar cuál es el tratamiento antitrombótico idóneo en estos pacientes.