



7003-10. BIOMARCADORES CARDIACOS, ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS, RETRASO EN REPERFUSIÓN, TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA Y MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON OCLUSIÓN DE LA ARTERIA CIRCUNFLEJA

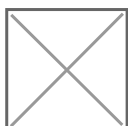
Pedro Pérez Díaz¹, Alfonso Jurado Román², Ignacio Sánchez Pérez², María Thiscal López Lluva², José Abellán Huerta², Ramón Maseda Uriza¹, Jesús Piqueras Flores¹, Juan Antonio Requena Ibáñez¹, Raquel Frías García¹ y Fernando Lozano Ruiz Poveda², del ¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real y ²Departamento de Hemodinámica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción: La oclusión de la arteria circunfleja está infradiagnosticada en muchos estudios de reperfusión, debido a su pobre expresividad electrocardiográfica y diagnóstico tardío, lo cual puede llevar a un aumento del tamaño del infarto y tiempo de reperfusión.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, incluyendo 1.049 coronariografías en un hospital universitario entre 2016 y 2018. Estudiamos características basales, clínica, biomarcadores cardiacos, electrocardiograma, retraso de reperfusión, estancia hospitalaria y morbimortalidad cardiovascular a corto-medio plazo en oclusiones de arteria descendente anterior (ADA), circunfleja (ACX) y coronaria derecha (ACD).

Resultados: 653 pacientes (68% varones; 66 ± 13 años) con infarto de miocardio fueron analizados, tal que la arteria circunfleja estaba ocluida en un 10%. Un 40%, 49% y 11% de las oclusiones de la ACX se presentaron como SCASEST, SCACEST e IAM evolucionado respectivamente. El pico de troponina-I fue superior en infartos de miocardio debidos a oclusión de ADA (54 ± 36 ng/ml) con respecto a ACX (36 ± 31 ng/ml) y ACD (43 ± 30 ng/ml) ($p = 0,002$). Las alteraciones electrocardiográficas más frecuentes en los pacientes con ACX ocluida fueron «descenso del ST de V1-V4 y ascenso en derivaciones inferiores» (5%). Las anomalías de la repolarización en cara inferolateral son los hallazgos más frecuentes en los SCASEST debidos a ACX ocluida (8%). La media de tiempo desde urgencias hasta hemodinámica fue 306, 1.541,5 y 358 minutos en oclusión de ADA, ACX y ACD respectivamente ($p = 0,001$) (figura), sin embargo esto no se tradujo en mayor tiempo medio de hospitalización ($p = 0,190$). La oclusión aguda de ACD presentó una mayor tasa de bloqueo aurículo-ventricular avanzado ($p = 0,001$). La oclusión aguda de la ADA determinó una peor función sistólica post-IAM (43 frente a 52% y 54%; $p = 0,001$) y mayor mortalidad global intrahospitalaria (10 frente a 2 frente a 1%; $p = 0,030$), 1 mes posinfarto (16 frente a 4 frente a 2%; $p = 0,028$), 6 meses posinfarto (17 frente a 7 frente a 2%; $p = 0,024$) y 1 año posinfarto (30 frente a 13 frente a 4%; $p = 0,030$).



Conclusiones: Nuestro estudio demostró un mayor retraso en la reperfusión en pacientes con infarto de miocardio debido a oclusión aguda de arteria circunfleja, sin traducirse en mayor tamaño del infarto, tiempo de estancia hospitalaria ni morbilidad a corto-medio plazo.