



6005-57. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA CIRCUNFLEJA: CLÍNICA, ELECTROCARDIOGRAMA Y PRONÓSTICO

Pedro Pérez Díaz¹, Alfonso Jurado Román², Ignacio Sánchez Pérez¹, María Thiscal López Lluva¹, José Abellán Huerta¹, Jesús Piqueras Flores¹, Nuria Bermejo Calvillo¹, Raquel Frías García¹, Jorge Martínez del Río¹, Alfonso Morón Alguacil¹, Martín Negreira Caamaño¹, Manuel Muñoz García¹, Cristina Mateo Gómez¹, Daniel Águila Gordo¹ y Fernando Lozano Ruiz Poveda¹

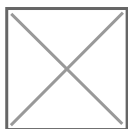
¹Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La obstrucción de la arteria circunfleja está infradiagnosticada en muchos estudios de revascularización, debido a su pobre expresividad electrocardiográfica y diagnóstico tardío, lo cual induce un aumento del tamaño del infarto y tiempo de reperusión.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, incluyendo 873 pacientes con síndrome coronario agudo, atendidos en un hospital universitario entre 2016 y 2018. Estudiamos biomarcadores cardíacos, electrocardiograma, retraso de reperusión, estancia hospitalaria y pronóstico en función de la arteria responsable.

Resultados: La circunfleja fue el vaso responsable en 127 pacientes, presentándose como SCASEST, IAMCEST e IAM evolucionado en 54%, 36% y 9% respectivamente. La mediana del pico de troponina-I fue $0,96 \pm 3,78$, 7 ± 15 y $1,5 \pm 8$ ng/ml en SCASEST producidos por estenosis de la descendente anterior (DA), circunfleja (CX) y coronaria derecha (CD) respectivamente ($p = 0,001$). La alteración electrocardiográfica más frecuente en pacientes con SCASEST por obstrucción de CX fue “rectificación o descenso del ST en V4-V6” (sensibilidad/especificidad = 22%/99%; valor predictivo positivo/negativo = 88%/87%). El análisis multivariante sugirió a la dominancia derecha como predictor independiente de baja expresividad electrocardiográfica en pacientes con oclusión aguda de la CX. En pacientes con infarto evolucionado, la mediana de tiempo desde urgencias hasta hemodinámica fue significativamente superior en aquellos cuyo vaso responsable era la arteria circunfleja ($p = 0,009$) (fig.). No detectamos diferencias en tiempo de hospitalización en función de la arteria, pero los pacientes con enfermedad renal crónica y arteria circunfleja ocluida tuvieron un tiempo de hospitalización mayor del doble ($p = 0,016$). La oclusión aguda de la DA determinó una peor función sistólica post-IAM (43 vs 52% y 54%; $p = 0,001$) y mayor mortalidad intrahospitalaria ($p = 0,009$), 6 meses post-infarto ($p = 0,008$) y 1 año post-infarto ($p = 0,036$).



Retraso de reperusión en IAM evolucionado por lesión de la arteria circunfleja.

Conclusiones: El descenso o rectificación del ST en V4-V6 parece ser un parámetro específico de SCASEST por obstrucción de la CX. La dominancia derecha podría ayudar a justificar esta baja expresividad. Nuestro

estudio demostró un mayor tamaño del infarto en pacientes con SCASEST por obstrucción de la CX, y un mayor retraso en la reperfusión en pacientes con infarto evolucionado.