



4038-9. CARACTERÍSTICAS DE LA ARTERIA RESPONSABLE DEL INFARTO EN PACIENTES TRATADOS PREVIAMENTE CON INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO

M.^a del Carmen Monedero Martín, Esteban López de Sá y Areses, Raúl Moreno, Eduardo R. Armada Romero, Juan Ramón Rey Blas, Rosalía Cadenas Chamorro, Sergio García Blas, José Luis López-Sendón Hentschel, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Antecedentes: En el síndrome coronario agudo (SCA), existe gran controversia sobre la utilidad de intervenir sobre lesiones no culpables, y si los nuevos eventos suceden sobre placas vulnerables no obstructivas.

Objetivos: Analizar la anatomía coronaria de la arteria responsable del infarto (ARI) en pacientes sometidos previamente a intervencionismo percutáneo (IPC).

Métodos: De los pacientes con IAM ingresados en la Unidad Coronaria de un Hospital terciario desde enero de 2007 hasta febrero de 2010 sometidos a IPC, se incluyeron en el presente análisis aquellos con IPC previo. Se evaluaron las características anatómicas de la ARI, y los factores que pudieran estar relacionados, tales como: datos demográficos de los pacientes, tipo de evento coronario previo y actual, vasos previamente enfermos, vasos tratados previamente, Killip del ingreso, tipo y modelo de stent previamente implantado, lesiones en bifurcación, solapamiento de stent previos, etc. Se realizó análisis de las lesiones de novo o no con las demás variables.

Resultados: De un total de 1.819 pacientes con IAM se identificaron 144 que habían sido sometidos a IPC previamente. La ARI actual se clasificó en el 33 % de los casos como lesión “de novo”, en el 42 % de los casos como ARI con estenosis significativa que había sido previamente tratada, en el 22 % como ARI con estenosis significativa previa no tratada anteriormente y en el 3 % no fue identificable la ARI. Los factores que se relacionaron con la ARI fuese una lesión “de novo” fueron: la clínica de angina estable en el ingreso previo o el que no existiese ningún stent en la ARI. Por otra parte, los pacientes con lesiones “de novo”, presentaron peor clase Killip al ingreso.

Conclusiones: 1) Los pacientes con IAM e IPC previo, el episodio agudo es debido con mayor frecuencia a una lesión “de novo” cuando el IPC inicial fue debido a cardiopatía isquémica crónica. 2) Los pacientes en los que el infarto es debido a una lesión “de novo” presentan un cuadro clínico más grave reflejado por una peor clase Killip.