



5026-5. LA PERSISTENCIA DE DOLOR TORÁCICO PESE A TRATAMIENTO: UNA VARIABLE CLAVE EN LA EVALUACIÓN INICIAL DE PACIENTES CON BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA Y SOSPECHA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Alba Santos Ortega, Juan Gabriel Acosta Vélez, Jaume Figueras Bellot, Rosa María Lidón Corbí, Antonia Sambola Ayala, Jordi Bañeras Rius, David García Dorado y José A. Barrabés Riu del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Identificar los pacientes con bloqueo de rama izquierda (BRIHH) que pueden beneficiarse de una coronariografía urgente por sospecha de oclusión coronaria aguda (OCA) es un reto. El objetivo de este estudio fue determinar el valor de las variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas al ingreso para identificar pacientes con OCA entre aquellos con sospecha de infarto agudo de miocardio (IAM) y BRIHH.

Métodos: Se seleccionaron los pacientes ingresados en nuestra unidad coronaria de 2008 a 2015 con sospecha de IAM y BRIHH sometidos a coronariografía durante el ingreso. Se evaluaron variables electrocardiográficas que se han relacionado con IAM (elevación del ST concordante con QRS), cardiopatía isquémica (voltaje de QRS en V3 $\geq$ 21 mm) o BRIHH de nueva aparición (amplitud de máxima S/T 2,5), así como un ecocardiograma obtenido en las primeras horas.

Resultados: De los 98 pacientes incluidos, 22 (22%) tenían una OCA (flujo TIMI 0-1 en la lesión responsable). Los pacientes con y sin OCA tenían similar ($p = \text{NS}$) edad (70 ± 12 frente a 73 ± 9 años, respectivamente), sexo (64 frente a 59% varones) y frecuencia de Killip > 2 (14 frente a 32%). La presencia de dolor torácico (DT) (77 frente a 70%), angina de esfuerzo previa (27 frente a 32%), ≥ 2 episodios de DT en las últimas 24 horas (18 frente a 33%) o vegetatismo (64 frente a 44%) fue similar, pero el DT persistente tras administración de nitratos fue más frecuente en pacientes con OCA (64 frente a 25%, $p = 0,001$). La elevación concordante del ST fue más común en pacientes con OCA (37 frente a 5%, $p = 0,001$), no hubo diferencias en el voltaje en V3 $\geq$ 21 mm (54 frente a 59%) y la amplitud de máxima S/T 2,5 fue paradójicamente menos frecuente en aquellos con OCA (23 frente a 54%, $p = 0,01$). A pesar de tener un pico de CKMB más elevado (188 ± 152 frente a 62 ± 77 ng/mL, $p = 0,001$), los pacientes con OCA presentaban una fracción de eyección ventricular izquierda (46 ± 12 frente a $43 \pm 12\%$), proporción de hipocinesia no septal (91 frente a 72%), disfunción diastólica significativa (47 frente a 30%) y función ventricular derecha (TAPSE 19 ± 4 frente a 20 ± 4 mm) similares a aquellos sin OCA. En un análisis multivariable, la elevación concordante del ST (odds ratio 5,53, IC95% 1,23-24,79, $p = 0,022$) y el DT persistente (3,25, 1,03-10,22, $p = 0,046$) fueron predictores independientes de OCA.

Conclusiones: En pacientes con BRIHH y sospecha de IAM, además de la elevación concordante del ST, el DT persistente es la única variable con poder discriminativo de OCA.