

6018-301. CARACTERIZACIÓN FISIOLÓGICA DE LA ARTERIA NO CULPABLE EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

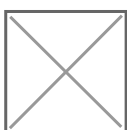
Felipe Díez-Delhoyo¹, Enrique Gutiérrez-Ibañes¹, Ricardo Sanz-Ruiz¹, María Eugenia Vázquez-Álvarez¹, Hugo González-Saldívar¹, Allan Rivera-Juárez¹, Fernando Sarnago-Cebada², Manuel Martínez-Sellés¹, Javier Bermejo¹, Javier Soriano¹, Jaime Elízaga¹ y Francisco Fernández-Avilés¹, del ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid y ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Aproximadamente la mitad de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) tienen enfermedad multivascular. La necesidad de una revascularización completa y la fiabilidad de la FFR en este contexto agudo es motivo de debate. Sin embargo, la fisiología coronaria de la arteria no culpable no ha sido caracterizada de manera completa hasta la fecha.

Métodos: El FISIOIAM es un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes con IAM y una segunda lesión no culpable en un territorio coronario distinto (estenosis entre 30-85% por QCA). El protocolo comprendía 3 fases: valoración epicárdica endotelial con acetilcolina intracoronaria; cuantificación funcional de la gravedad basada en la reserva fraccional de flujo (FFR), la reserva de flujo coronario (CFR) y el índice de resistencia microvascular (IMR); y análisis de la función endotelial microvascular calculando la reserva de flujo coronario endotelial (eCFR) con acetilcolina. La revascularización final dependía del valor de la FFR de acuerdo a práctica clínica habitual.

Resultados: 84 pacientes fueron incluidos en el estudio entre julio 2016 y diciembre 2017. La edad media fue de $61,9 \pm 10,2$ años, el 86,9% fueron varones y un 85,7% de los pacientes ingresaron por un IAM con elevación del segmento ST. La gravedad media de la lesión no culpable fue del $61,5 \pm 11,5\%$. Las características basales y evolución de la muestra se muestran en la tabla. Únicamente 6 sujetos tuvieron un perfil macro y microvascular normal (figura): un 60% presentó disfunción endotelial macrovascular en relación con espasmo epicárdico significativo; los pacientes con valores de $FFR \leq 0,8$, $CFR \leq 2$ y $IMR > 25$ representaron un 33,7%, 37,3% y 27,7% del total respectivamente; y se evidenció disfunción microvascular (eCFR $\leq 1,5$) en un 43,8% de los sujetos. A los 6 meses de seguimiento no se objetivaron eventos cardiovasculares en relación con la arteria no culpable.



Variable

Valor

Edad, años	61,9 ± 10,2
Varones (%)	73 (86,9)
Diagnóstico al ingreso	
IAMCEST (%)	72 (85,7)
IAMSEST (%)	12 (14,3)
Clase Killip	
1 (%)	78 (92,9)
2 (%)	4 (4,8)
3-4 (%)	2 (2,4)
Arteria culpable	
DA/ramas (%)	24 (28,7)
Circunfleja/ramas (%)	12 (14,4)
CD/ramas (%)	48 (56,9)
LVEF,%	53,6 ± 9,3
Arteria no culpable	
DA/ramas (%)	17 (20,3)
Circunfleja/ramas (%)	37 (44)
CD/ramas (%)	30 (35,7)

QCA (%)	61,5 ± 11,5
Longitud lesión, mm	14,2 ± 8,9
Estancia media	3,7 ± 2,4 días
Complicaciones mayores durante procedimiento, %	0
Mortalidad intrahospitalaria	0
Eventos cardiovasculares relacionados con arteria no culpable a 6 meses	0

IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST; DA: descendente anterior; CD: coronaria derecha; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: Una completa caracterización fisiológica de la arteria no culpable es posible en los primeros días post-IAM, incluyendo administración de acetilcolina intracoronaria. Un 93% de los pacientes tienen un estudio patológico. La presencia de disfunción microvascular parece no limitar una fiable utilización clínica de la FFR para decidir la revascularización de la arteria no culpable.