



6019-309. PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIAS SIN OBSTRUCCIONES SIGNIFICATIVAS. CARACTERÍSTICAS Y DIFERENCIAS SEGÚN LA ETIOLOGÍA

Jorge Martínez del Río, Jesús Piqueras Flores, Álvaro Moreno Reig, Alfonso Jurado Román, Juan Antonio Requena Ibáñez, Pedro Pérez Díaz, Raquel Frías García, Alfonso Morón Alguacil, José Abellán Huerta, Daniel Salas Bravo, M. Antonia Montero Gaspar y Manuel Rayo Gutiérrez, del Departamento de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: El término MINOCA, acrónimo inglés de infarto agudo de miocardio (IAM) sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva, engloba a un grupo de patologías con diferentes pronósticos y tratamientos; por ello, establecer un correcto diagnóstico diferencial es importante. Objetivos: analizar las características clínicas de los pacientes con MINOCA; analizar las diferencias entre las distintas etiologías.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 82 pacientes ($66,6 \pm 14,7$ años, 76,8% mujeres) con criterios de MINOCA que ingresaron en el área asistencial de Ciudad Real entre enero de 2012 y abril de 2018, con una mediana de seguimiento de 18 meses. El diagnóstico definitivo se estableció siguiendo los criterios de la Clínica Mayo para síndrome de *tako-tsubo* (STT), los criterios Lake Louise para miocarditis (MC) y la presencia de realce tardío subendocárdico de gadolinio en la RMC para IAM sin elevación del segmento ST (IAMSEST).

Resultados: El 69,5% de los pacientes eran hipertensos, el 44,4% dislipémicos, y el 15,9% diabéticos. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media al ingreso fue $43,9 \pm 13,0\%$. El diagnóstico definitivo fue de 62,2% para STT, 16,2% para MC, y 21,6% para IAMSEST. El diagnóstico de STT fue más frecuente en mujeres que en los casos de MC e IAMSEST (89,1 frente a 41,7 frente a 56,3%, $p = 0,01$), así como fue más frecuente la presencia de un estrés desencadenante del episodio (45,7 frente a 16,7 frente a 12,5%, $p = 0,02$), y el antecedente de trastorno mixto ansioso-depresivo, TMAD (41,3 frente a 8,3 frente a 12,5%, $p = 0,02$). La presencia de lesiones coronarias no significativas fue más frecuente en los casos de IAMSEST que en los de STT y MC (18,8 frente a 2,2 frente a 0%, $p = 0,03$). La FEVI inicial fue mayor en los pacientes con IAMSEST frente a los casos de STT y MC ($49,4 \pm 12,8$ frente a $41,15 \pm 12,3$ frente a $48,75 \pm 15,2\%$, $p = 0,02$). En el seguimiento, no se observaron diferencias significativas en eventos cardiovasculares mayores o mortalidad entre los grupos.

Conclusiones: La etiología más frecuentemente encontrada en el área asistencial de Ciudad Real de casos de MINOCA fue la de STT, siendo este más frecuente en mujeres con antecedentes de TMAD y episodio desencadenante previo. Por su parte, aquellos casos con MINOCA causado por IAMSEST presentan mayor frecuencia de lesiones coronarias no significativas, y una mayor FEVI inicial.