



5012-8. PREDICTORES CLÍNICOS, CARACTERÍSTICAS ANGIOGRÁFICAS Y PRONÓSTICO DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS DE ORIGEN EMBÓLICO

Adrián Jerónimo Baza, Carlos Salazar, M. José Pérez Vyzcaino, Luis Nombela, Pilar Jiménez-Quevedo, Iván Núñez, Pablo Salinas, Hernán Mejía, Javier Escaned, Antonio Fernández-Ortiz, Marcos Ferrández, Eduardo Martínez-Gómez, Noemí Ramos López y Nieves Gonzalo, del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La embolia a las arterias coronarias constituye un mecanismo de infarto de miocardio de causa no aterosclerótica. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características clínicas y angiográficas, así como el pronóstico de los síndromes coronarios agudos de origen embólico (SCA-E).

Métodos: Se recogieron retrospectivamente las características epidemiológicas, clínicas y angiográficas de 40 pacientes con SCA-E, atendidos entre los años 2003 y 2018 en la red hospitalaria de un centro terciario. Estos datos fueron comparados con los de 4989 pacientes atendidos en la misma red hospitalaria por un síndrome coronario agudo de causa aterosclerótica (SCA-A) durante dicho periodo.

Resultados: El grupo de SCA-E era más joven (28 frente a 10% de menores de 45 años, $p < 0,001$), presentaba mayor proporción de mujeres (43 frente a 22%, $p 0,003$), fibrilación auricular (40 frente a 5%, $p < 0,001$) y neoplasias (18 frente a 7%, $p 0,009$). También habían sido sometidos con mayor frecuencia a cirugía valvular (13 frente a 0,5%, $p < 0,001$) y se encontraban en tratamiento con warfarina en mayor proporción que los pacientes con SCA-A (15 frente a 3%, $p < 0,001$). En la tabla se muestran las variables identificadas como predictores independientes de SCA-E en el análisis multivariado. La presentación clínica como infarto con elevación del segmento ST también fue más frecuente en el grupo de SCA-E (83 frente a 67%, $p 0,04$). Los pacientes con SCA-E no presentaban estenosis significativas en otras arterias coronarias además de la culpable (el número medio de otras arterias con al menos una estenosis grave fue 0 en el grupo SCA-E frente a $1,33 \pm 1$ en el grupo control, $p < 0,001$). Se realizó intervención sobre la arteria responsable en el 75% de los casos, la cual resultó exitosa en el 80%. Por el contrario, el 100% de los SCA-A fueron sometidos a angioplastia, con una proporción de éxito del 99% ($p < 0,001$). La mortalidad intrahospitalaria en el grupo de SCA-E fue del 15%, frente al 4% en el grupo control ($p < 0,001$).

Análisis multivariado para la identificación de predictores clínicos de SCA-E

	<i>Odds ratio</i>	<i>p</i>
Edad	1,06 (1,03-1,08)	< 0,001

Sexo femenino (%)	2,78 (1,37-5,65)	0,007
Neoplasia	3,37 (1,33-8,54)	0,02
Cirugía valvular	4,28 (1,19-15,5)	0,04
Fibrilación auricular	16,1 (7,23-35,9)	< 0,001
Tratamiento con warfarina	5,78 (2,46-13,55)	< 0,001

Conclusiones: Los SCA-E presentan características clínicas y angiográficas distintas de los SCA-A. La fibrilación auricular, el tratamiento crónico con warfarina, la cirugía valvular previa, la presencia de neoplasias y el sexo femenino son factores predictores independientes para SCA-E.