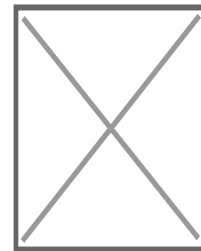


# Revista Española de Cardiología



## 6005-66. PERSPECTIVA DE MINOCA EN LA ACTUALIDAD, ¿CÓMO SEGUIMOS ACTUANDO?

Cristina Morante Perea<sup>1</sup>, Belén Santos González<sup>1</sup>, Marta Flores Hernán<sup>2</sup>, Álvaro Serrano Blanco<sup>1</sup>, José Moreu Burgos<sup>1</sup> y Luis Rodríguez Padial<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario de Toledo. <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El término MINOCA (infarto agudo de miocardio con arterias coronarias normales) engloba un síndrome multicausal definido por la presencia de infarto agudo de miocardio (IAM) con arterias coronarias sin lesiones. Los mecanismos fisiopatológicos son múltiples y complejos y su manejo en la práctica clínica habitual no está estandarizado. El objetivo de nuestro estudio es revisar el manejo diagnóstico-terapéutico de los pacientes con MINOCA en nuestro centro.

**Métodos:** Cohorte retrospectiva de 100 pacientes que fueron ingresados en el Servicio de Cardiología de nuestro centro con coronariografía normal o lesiones inferiores al 50% en el contexto de un infarto agudo de miocardio (IAM) entre enero de 2017 y diciembre de 2019.

**Resultados:** De 209 pacientes se incluyeron 100 pacientes que cumplían criterios de MINOCA. La edad media fue de  $64,2 \pm 15$  años. El 44% de los pacientes eran hombres. Se detectó una baja frecuencia de factores de riesgo siendo el más frecuente la hipertensión arterial en un 60%. El 21% presentaba fibrilación auricular. La presentación clínica más frecuente fue la angina típica en el 72%, y en el 15% se diagnosticó de IAMCEST. El 80% no presentaba lesiones coronarias y un 20% con lesiones 50%. La media de elevación de troponina I fue de 4,34 pg/mL y la función sistólica del ventrículo izquierdo media fue de 53,1%. Se diagnosticó de infarto agudo al 51,5%, miocarditis aguda al 8,9%, al 20,8% de síndrome de Tako-Tsubo, sospecha de vasoespasmos al 9,9% y miocardiopatía al 5,9%. Se realizó RMC al 29% de los pacientes, con una mediana de 4,6 días desde su presentación. Se diagnosticó de infarto agudo al 51,5%, miocarditis aguda al 8,9%, al 20,8% de síndrome de Tako-Tsubo, sospecha de vasoespasmos al 9,9% y miocardiopatía al 5,9%. Se llegó al diagnóstico en el 82,7% mediante RMC. De la muestra global se registraron tres muertes con una mediana de 63 días desde el ingreso.

### Descripción de la muestra

| Variable       | Categoría | n  | %  |
|----------------|-----------|----|----|
| Sexo (n = 100) | Hombre    | 44 | 44 |

|                                  |                         |    |      |
|----------------------------------|-------------------------|----|------|
| Hipertensión arterial (n = 100)  | Sí                      | 60 | 60   |
| Dislipemia (n = 100)             | Sí                      | 54 | 54   |
| Diabetes mellitus (n = 100)      | Sí                      | 19 | 19   |
| Presentación clínica (n = 100)   | Angina típica           | 72 | 72   |
|                                  | Angina atípica          | 18 | 18   |
| Diagnóstico definitivo (n = 100) | Infarto                 | 52 | 52   |
|                                  | Miocarditis aguda       | 9  | 9    |
|                                  | Síndrome Tako-Tsubo     | 21 | 21   |
|                                  | Disección               | 1  | 1    |
|                                  | Sospecha vasoespasma    | 10 | 10   |
| Diagnóstico clínico (n = 100)    | IAMCEST                 | 15 | 15   |
|                                  | IAMSEST                 | 85 | 85   |
| Diagnóstico por RMC (n = 29)     | Infarto agudo           | 4  | 13,8 |
|                                  | Miocarditis aguda       | 8  | 27,6 |
|                                  | Síndrome de Tako-Tsubo  | 4  | 13,8 |
|                                  | Miocardiopatía          | 8  | 27,6 |
| Cateterismo (n = 100)            | Coronarias sin lesiones | 80 | 80   |
|                                  | Coronarias 50%          | 20 | 20   |

RMC: resonancia magnética cardíaca; FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo por ventriculografía. IAMSEST: infarto sin elevación del segmento-ST.

**Conclusiones:** El MINOCA es una patología que puede producir disyuntiva en la práctica clínica habitual. En nuestro centro, no se obtiene diagnóstico etiológico específico en más del 50% de los pacientes, concordante con lo descrito en la literatura. En estos casos, el empleo de otras técnicas, como resonancia magnética cardíaca o técnicas de imagen intravascular, suponen una herramienta útil para alcanzar un mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico definitivo que permita realizar un tratamiento dirigido.