



## 6003-16. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN LESIONES CORONARIAS OBSTRUCTIVAS: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE MECANISMO ETIOLÓGICO CONOCIDO Y DESCONOCIDO

Cristina Perela Álvarez<sup>1</sup>, Rebeca Mata Caballero<sup>1</sup>, Daniel Nieto Ibáñez<sup>1</sup>, Rocío Abad Romero<sup>1</sup>, Renée Olsen Rodríguez<sup>1</sup>, David Galán Gil<sup>1</sup>, María Jesús Espinosa Pascual<sup>1</sup>, Bárbara Izquierdo Coronel<sup>1</sup>, Alfonso Fraile Sanz<sup>1</sup>, Javier López Pais<sup>2</sup>, Paula Awamleh García<sup>1</sup>, Carlos Moreno Vinués<sup>1</sup> y Joaquín J. Alonso Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario de Ourense.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El infarto agudo de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA) está siendo ampliamente estudiado en la actualidad. Se han identificado algunos mecanismos responsables; sin embargo, su estudio es complejo y en ocasiones se ve dificultado por la falta de recursos (IVUS, OCT, FFR...). El objetivo del estudio es evaluar el pronóstico de los pacientes con MINOCA en función de si tienen mecanismo etiológico identificado o no. La evaluación se basó en el análisis de datos clínicos, ecocardiográficos o angiográficos, así como en la resonancia magnética cardíaca (RMC).

**Métodos:** Se analizaron los datos de todos los MINOCA de nuestro centro de forma consecutiva durante 5 años. Se empleó la definición de las guías ESC 2020 para “tratamiento de síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del ST”. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos. Grupo 1: mecanismo confirmado clínica, ecocardiográfica o angiográficamente; grupo 2: mecanismo desconocido con patrón angiográfico normal o estenosis 50%. Mediana de seguimiento de 31 ± 16 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 69 pacientes en el estudio. Se identificó el mecanismo responsable en 32 pacientes (46,4%). Las principales causas fueron: infarto agudo de miocardio (IAM) tipo II (40,65%), vasoespasma (37,5%), embolia coronaria (15,6%) y disección espontánea de arteria coronaria (6,25%). En el resto de los pacientes se desconocía la causa (37; 53,6%). Las características basales fueron similares en ambos grupos. Los pacientes con etiología incierta recibieron significativamente más adiro (83,8 vs 37,5%; p 0,001) y bloqueadores beta (67,6 vs 34,4%; p = 0,006). La mortalidad (total y cardiovascular), así como tasas de reingresos y eventos cardiovasculares mayores adversos (MACE: IAM, ictus, muerte cardiovascular y muerte por cualquier causa) fueron superiores en los pacientes con mecanismos conocidos de MINOCA (tabla).

Características basales, tratamiento al alta y seguimiento de los pacientes con MINOCA en función de si su etiología o no

MINOCA con  
etiología conocida

MINOCA con etiología  
desconocida

p

## Características basales

Edad (media $\pm$ DE)	69 $\pm$ 18	65 $\pm$ 13	0,0
Mujeres (n, %)	14 (43,8)	18 (48,6)	0,6
Tabaco (n, %)	5 (16,7)	12 (36,4)	0,1
Diabetes (n, %)	5 (15,6)	9 (24,3)	0,3
Dislipemia (n, %)	14 (45,2)	16 (43,2)	0,8
Hipertensión (n, %)	22 (68,8)	24 (64,9)	0,7
Tratamiento al alta			
Adiro (n, %)	12 (37,5)	31 (83,8)	0,0
Anticoagulación (n, %)	13 (40,6)	5 (13,5)	0,1
Bloqueadores beta (n, %)	11 (34,4)	25 (67,6)	0,0
Nitratos (n, %)	7 (21,9)	4 (10,8)	0,2
Calcioantagonistas DHP (n, %)	11 (34,4)	8 (21,6)	0,2
Resto de calcioantagonistas (n, %)	7 (21,9)	0	0,0
Seguimiento			
Mortalidad (n, %)	4 (12,9)	2 (5,6)	0,4
Mortalidad cardiovascular (n, %)	2 (6,4)	1 (2,8)	1,0
Reingresos (n, %)	8 (25,8)	6 (16,7)	0,3

MACE (n, %)

7 (22,5)

2 (5,5)

0,0

**Conclusiones:** El estudio de pacientes con MINOCA sin técnicas diagnósticas más específicas conlleva el desconocimiento del mecanismo causal en un gran número de casos, lo que se traduce en diferencias de tratamiento. Esta situación podría mejorar si aumentara la disponibilidad de estos procedimientos. No se han encontrado diferencias pronósticas entre ambos grupos de pacientes estudiados.