Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 901

Revista Española de Cardiología

6045-3. DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA E INFARTO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: ¿IMPORTA LA PRESENTACIÓN CLÍNICA?

Marcos Manuel García Guimarães[1], Ricardo Sanz Ruíz[2], Fernando Macaya Ten[3], Manel Sabaté Tenas[4], Gerard Roura Ferrer[5], Juan Manuel Nogales Asensio[6], Maite Velázquez Martín[7], Gabriela Veiga Fernández[8], Xacobe Flores Ríos[9], Omar Abdul-Jawad Altisent [10], Marcelo Jiménez Kockar[11], Santiago Jesús Camacho Freire[12], David del Val Martín[13], Teresa Bastante Valiente[13] y Fernando Alfonso[13]

[1]Hospital del Mar, Barcelona, [2]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, [3]Hospital Clínico San Carlos, Madrid, [4] Hospital Clínic, Barcelona, [5]Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, [6]Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz, [7] Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, [8]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, [9]Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, [10]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), [11]Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, [12]Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva y [13]Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa de síndrome coronario agudo, más frecuente en mujeres. Entre el 30-40% se presentan como infarto con elevación del segmento ST (IAMEST). Este estudio analizó las características, manejo y pronóstico a corto y largo plazo de pacientes con DCE que se presentan como IAMEST, frente al grupo de pacientes con infarto sin elevación del segmento ST (IAMSEST).

Métodos: El Registro Nacional de Disección Coronaria Espontánea (RN-DCE) recoge casos incidentes de DCE de 34 centros. Se definió un evento adverso mayor hospitalario (MAE) como el combinado de muerte, reinfarto, revascularización no planeada, *shock* cardiogénico, arritmia ventricular o ictus. Se definió un evento adverso cardiaco o cerebrovascular mayor (MACCE) en el seguimiento, como el combinado de muerte, reinfarto, revascularización no planeada, recurrencia de DCE o ictus.

Resultados: Entre 2015 y 2020 se incluyeron 389 pacientes (88% mujeres). 156 pacientes (42%) se presentaron como IAMEST, 211 como IAMSEST. Las mujeres con IAMEST fueron con menor frecuencia posmenopáusicas (48 frente a 62%, p = 0,0071), con una tendencia a una mayor frecuencia del contexto periparto (3 vs 0,5%, p = 0,08). Los pacientes con IAMEST presentaron lesiones más graves (% estenosis luminal 85 ± 18% frente a 75 ± 21%, p 0,001) y con mayor longitud (42 ± 23 mm frente a 35 ± 24 mm, p = 0,0066), mostrando con mayor frecuencia una imagen angiográfica de oclusión (1% frente a 7%, p = 0,0067) y un peor flujo inicial (flujo TIMI 0-1 en 38 frente a 19%, p 0,001). Los pacientes con IAMEST fueron sometidos con mayor frecuencia a intervencionismo coronario percutáneo (ICP) (31 frente a 16%, p 0,001) y presentaron con mayor frecuencia disfunción ventricular (21 frente a 8%, p 0,001). Durante el ingreso, no hubo diferencias en MAE (7 frente a 5%, p = 0,4634); la incidencia de reinfartos (5 frente a 1,4%, p = 0,0395) y *shock* cardiogénico (2,6 vs 0%, p = 0,0193) fue mayor en pacientes con IAMEST. Con una mediana de seguimiento de 29 meses, tampoco hubo diferencias en MACCE entre ambos grupos (13 frente a 13%, *log rank* p = 0,8824).

Supervivencia libre de MACCE estimada mediante el método de Kaplan-Meier, estratificado según el diagnóstico de IAMEST o IAMSEST.

Conclusiones: En este registro prospectivo en DCE, los pacientes con IAMEST presentaron un peor perfil angiográfico y fueron remitidos con mayor frecuencia a ICP. A pesar de ello, no encontramos diferencias en el pronóstico a corto o largo plazo entre pacientes con DCE con IAMEST frente a IAMSEST.