



Revista Española de Cardiología



5001-10. IMPLICACIONES DEL PATRÓN ANGIOGRÁFICO EN LÍNEA QUEBRADA EN PACIENTES CON DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA

Marcos Manuel García Guimarães¹, Ricardo Sanz Ruíz², Manel Sabaté Tenas³, Fernando Macaya Ten⁴, Gerard Roura Ferrer⁵, Marcelo Jiménez Kockar⁶, Juan Manuel Nogales Asensio⁷, Maite Velázquez Martín⁸, José Moreu Burgos⁹, Juan Antonio Franco Peláez¹⁰, Paloma Pérez Espejo¹¹, Ignacio J. Amat Santos¹², David del Val Martín¹³, Teresa Bastante Valiente¹³ y Fernando Alfonso¹³

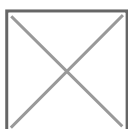
¹Hospital del Mar, Barcelona, ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ³Hospital Clínic, Barcelona, ⁴Hospital Clínic San Carlos, Madrid, ⁵Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, ⁶Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ⁷Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz, ⁸Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁹Hospital General Universitario de Toledo, ¹⁰Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, ¹¹Hospital de Cáceres, ¹²Hospital Clínico Universitario de Valladolid y ¹³Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa infrecuente pero cada vez más reconocida de síndrome coronario agudo. La angiografía coronaria invasiva constituye la mejor herramienta diagnóstica, aunque requiere una elevada sospecha clínica y experiencia en la interpretación de los hallazgos angiográficos. El estudio pretende evaluar las implicaciones clínicas del patrón angiográfico en "línea quebrada" (LQ) en una cohorte prospectiva amplia de pacientes con DCE.

Métodos: El Registro Nacional de DCE (RN-DCE) incluyó a pacientes de manera prospectiva en 34 centros nacionales. Todos los estudios de angiografía coronaria se analizaron de manera centralizada; la presencia de un patrón en LQ se evaluó de manera sistemática. Un Comité de Eventos Clínicos independiente asignó los eventos de los pacientes del estudio.

Resultados: El patrón angiográfico en LQ se observó en un 16% de los pacientes. Los pacientes con lesiones con morfología en LQ fueron más frecuentemente mujeres (97 frente a 87%, p 0,05), se presentaron más frecuentemente como hematoma intramural (83 frente a 58%, p 0,001); presentaban lesiones más largas (47 ± 29 frente a 36 ± 22 mm, p 0,01) y con mayor frecuencia tortuosidad coronaria grave (25 frente a 10%, p 0,01), con un mejor flujo inicial distal (flujo TIMI $2,6 \pm 0,8$ vs $2,1 \pm 1,2$, p 0,01). Los pacientes con imagen en LQ recibieron con mayor frecuencia un manejo conservador (91 frente a 76%, p 0,01). En el seguimiento (29 ± 15 meses), la incidencia acumulada del evento adverso cardíaco o cerebrovascular mayor (muerte, reinfarto, revascularización no planeada, recurrencia de DCE o ictus) fue menor (3,5 vs 15%, p 0,05) en pacientes con imagen en LQ. Estos mejores resultados clínicos persistieron tras el ajuste por posibles factores de confusión (HR-ajustado = 0,2, IC95% 0,1-0,9; p 0,05).



Angiografía coronaria de coronaria derecha, con un hematoma intramural largo en la descendente posterior (línea de puntos). La arteria muestra curvas muy suaves, que se rectifican en la zona de la lesión,

conformando la imagen de “línea quebrada”.

Conclusiones: Los pacientes con DCE que presentan un patrón angiográfico en LQ son más frecuentemente mujeres, con mayor frecuencia de hematoma intramural, con lesiones más largas, con un mejor flujo distal inicial y con mayor frecuencia de tortuosidad coronaria grave. La presencia de un patrón en LQ parece implicar un mejor pronóstico en el seguimiento de pacientes con DCE.