



## 2. PERFIL CLÍNICO Y FACTORES PRONÓSTICOS A LARGO PLAZO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA ANEURISMÁTICA

Iván Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, Enrico Cerrato<sup>2</sup>, Santiago Jesús Camacho Freire<sup>3</sup>, Pedro A. Villablanca<sup>4</sup>, José M. de la Torre Hernández<sup>5</sup>, Isaac Pascual<sup>6</sup>, Juan Sebastián Albistur Reyes<sup>7</sup>, Jesús María Jiménez Mazuecos<sup>8</sup>, C. Espejo<sup>9</sup>, E. Alfonso Rodríguez<sup>10</sup>, Ignacio J. Amat Santos<sup>11</sup>, M. Alkhouli<sup>12</sup>, C. Liebetrau<sup>13</sup>, Antonio Fernández Ortiz<sup>1</sup> e Iván Javier Núñez-Gil<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>2</sup>Infermi Hospital, Turin, Italia, <sup>3</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España, <sup>4</sup>Henry Ford Hospital, Detroit Michigan, Estados Unidos, <sup>5</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, <sup>6</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España, <sup>7</sup>Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay, <sup>8</sup>Hospital General de Albacete, Albacete, España, <sup>9</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, <sup>10</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, <sup>11</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, <sup>12</sup>West Virginia University Heart and Vascular Institute, Morgantown West Virginia, Estados Unidos y <sup>13</sup>Kerckhoff Heart Centre, Bad Nauheim Hessen, Alemania.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Se define aneurisma coronario (AC) como una dilatación focal de más de 1,5 veces el diámetro del vaso con respecto a un segmento adyacente. El objetivo de este trabajo es describir el perfil clínico y analizar los factores que afectan los resultados a largo plazo de pacientes con AC.

**Métodos:** Se emplean datos del Registro Internacional de Aneurismas Coronarios (CAAR), un registro observacional prospectivo que engloba 33 centros de 9 países, el mayor de su clase. Incluye datos anónimos de pacientes > 18 años diagnosticados de AC en coronariografía invasiva. Analizaremos un objetivo primario combinado (MACE) compuesto por muerte por cualquier causa, insuficiencia cardíaca o síndrome coronario agudo.

**Resultados:** Se incluyeron 1.728 pacientes ambispectivamente, con edad media de 65,9 años y predominantemente varones (78,6%). Presentaron frecuentemente factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (tabla). El 85,8% presentaba enfermedad coronaria obstructiva y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo media fue 54,8%. El 61,6% de pacientes se sometió a la angiografía por condición aguda. El territorio más afectado fue el de la arteria descendente anterior (DA) (49,6%). La mayoría se sometió a algún procedimiento de revascularización (68,5%) y fue dado de alta con doble antiagregación (65,8%). Tras una mediana de seguimiento de 44,8 meses (RIC: 14,9-88,1), el evento primario se presentó en el 37,1% (38% en pacientes con estenosis coronarias graves vs 32% sin ellas,  $p = 0,071$ ). En cuanto al desarrollo de MACE, utilizando un modelo multivariable (regresión de Cox), las siguientes variables presentaron valor pronóstico independiente de forma significativas: edad (HR = 1,03; IC95% 1,02-1,04;  $p < 0,001$ ); diabetes mellitus (HR = 1,46; IC95% 1,22-1,74;  $p < 0,001$ ), insuficiencia renal (FGR 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) (HR = 1,54; IC95% 1,198-1,985;  $p = 0,01$ ), vasculopatía periférica (HR = 1,46; IC95% 1,15-1,84;  $p = 0,02$ ), FEVI (HR = 0,98, IC95% 0,97-0,99,  $p < 0,001$ ) y situación aguda en el cateterismo índice (HR = 1,30 IC95% 1,09-1,56,  $p = 0,004$ ).

Características clínicas basales de los pacientes

Cohorte general de aneurismas (n = 1.728)

Género/masculino (%) 1.359 (78,6%)

Edad (media  $\pm$  DE) 65,9 ( $\pm$  12,5)

Hipertensión arterial (%) 72,1%

Dislipemia (%) 59,9%

Diabetes mellitus (%) 26,5%

Hábito tabáquico (%) 42,6%

Insuficiencia renal (FGR 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) (%) 8,0%

Vasculopatía periférica (%) 10,9%

Aortopatía (%) 8,7%

Diagnóstico de trabajo (%)

Dolor torácico. 11,7%

Angina estable. 15,0%

SCASEST. 40,8%

SCACEST. 20,8%

Arritmias ventriculares/muerte súbita. 0,9%

Insuficiencia cardiaca/miocardiopatía dilatada 2,5%

Estudio valvular 6,2%

|                                                   |                 |
|---------------------------------------------------|-----------------|
| Previo a cirugía (no cardíaca)                    | 0,9%            |
| Síncope                                           | 0,2%            |
| Otros                                             | 1,0%            |
| Enfermedad coronaria obstructiva concomitante (%) | 85,8%           |
| 1 vaso                                            | 28,3%           |
| 2 vasos                                           | 25,0%           |
| 3 vasos                                           | 32,5%           |
| FEVI (media $\pm$ DE) (%)                         | 54,5 $\pm$ 13,2 |

DE: desviación estándar; FGR: filtrado glomerular renal; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.



*Curva de Kaplan Meier de supervivencia actuarial libre de eventos MACE a 10 años (log rank = 43,098, p 0,001) estratificada en función de número de coronarias con estenosis graves.*

**Conclusiones:** Los aneurismas coronarios se asocian con alta carga de FRCV y enfermedad coronaria obstructiva. El territorio más implicado es el de la DA. Los pacientes agudos presentan más complicaciones a largo plazo y tras el análisis multivariable, se identifican como factores pronósticos la edad, diabetes mellitus, insuficiencia renal, vasculopatía periférica y función ventricular.