

## **Caracterización de la población que se presentó con Infarto agudo de Miocardio con y sin lesiones coronarias obstructivas en un centro de hemodinamia nacional durante un año.**

Juan Andrés Pena Alcana <sup>1</sup>; Amparo Fernández <sup>2</sup>; Gimena Loza <sup>3</sup>; Oscar Bazzino <sup>1</sup>

*1 - Asociación Española. 2 - INCC. 3 - CCVU.*

### **Introducción**

A pesar de que el IAM sin lesiones coronarias obstructivas se reconoce cada vez más como una entidad clínicamente importante, que abarca un espectro amplio de etiologías, existe una gran variabilidad en la forma en que estos pacientes son evaluados y tratados. En nuestro país no existen datos actualizados acerca de su prevalencia ni de sus características epidemiológicas y clínicas.

### **Objetivo**

Describir y analizar las características clínicas y epidemiológicas, así como los hallazgos angiográficos de los pacientes que se presentaron con infarto agudo de miocardio (IAM) con y sin lesiones coronarias obstructivas en un centro de hemodinamia de Montevideo.

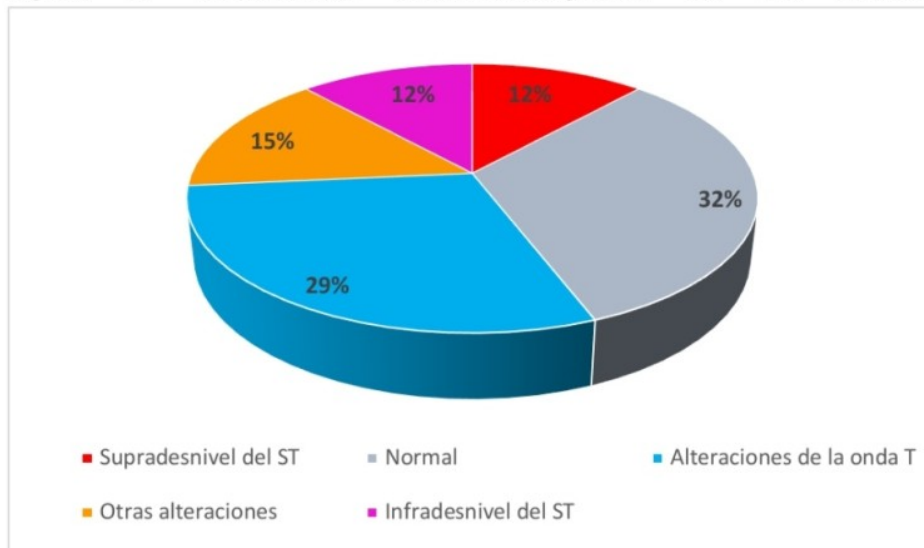
### **Método**

Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años derivados para realizarse cineangiocoronariografía (CACG) de urgencia por un IAM en un centro de hemodinamia nacional, en el período comprendido entre el 1/3/2019 y el 28/2/2020. Se incluyeron dentro de los IAM los pacientes que 1) cumplieran con criterios de IAM según la cuarta definición universal, o 2) presentaban supradesnivel del ST (tuvieran o no cuantificación de troponinas realizada). Se dividió a la población en dos grupos, aquellos con lesiones coronarias mayores del 50% (IAM con lesiones coronarias, IAM-LC) o sin lesiones coronarias mayores del 50% (IAM sin lesiones coronarias, IAM-SLC). Para la comparación de las variables cualitativas se utilizó el test de chi cuadrado mientras que para las cuantitativas se realizó test de t para muestras independientes. Se utilizó un nivel de significancia de 0,05.

### **Resultados**

423 pacientes se sometieron a CACG de urgencia con diagnóstico de IAM, de los cuales 63% eran hombres y la mayoría tenían factores de riesgo conocidos. El porcentaje de IAM-SLC fue del 8%. La edad media de los IAM-SLC fue significativamente menor que la de los IAM-LC (62 años vs. 68 años,  $p=0.006$ ) y entre los IAM-SLC se encontró un porcentaje significativamente mayor de mujeres (65% vs. 35%,  $p=0.001$ ) (Tabla 1). Los IAM-SLC tenían menor porcentaje de dislipemia (23% vs. 55%,  $p=0.001$ ). En el 17% de los IAM-SLC se encontraron estados de hipercoagulabilidad. La mayoría de los IAM-SLC y los IAM-LC se presentaron con ágor como síntoma inicial. Los IAM-SLC se presentaron como IAMCEST en un porcentaje significativamente menor que los IAM-LC (12% vs. 42% valor  $p=0.001$ ). De los pacientes con IAM-SLC, pero sin supradesnivel del ST (88%), el ECG fue normal en un 32% de los casos y el hallazgo patológico más frecuente fueron las alteraciones de la onda T (29%) (Figura 1). El 53% de los IAM-SLC presentaban lesiones coronarias menores del 50%. Además en estos pacientes se encontró un vasoespasma, una disección coronaria y dos pacientes con coronarias ectásicas. El 41% de los IAM-SLC no presentaban hallazgos a destacar en la CACG.

**Figura 1: Presentación electrocardiográfica de los IAM-SLC**



**Tabla 1: Características demográficas de los pacientes con IAM-SLC y aquellos con IAM-LC**

Variables*	IAM-SLC (N=34)	IAM-LC (N=389)	Valor p
Edad	62±15	68±12	0,006
Sexo femenino	22 (65)	135 (35)	0,001
HTA	24 (70)	288 (74)	0,643
DM	6 (18)	100 (26)	0,295
Sobrepeso	16 (47)	172 (44)	0,749
Dislipemia	8 (23)	214 (55)	0,001
Tabaquismo	13 (38)	222 (57)	0,106
FA	2 (6)	15 (4)	0,698
Alcoholismo	0	11 (3)	0,328

\*Las variables continuas se expresan como media±desvío estándar, las categóricas como N y porcentaje

### Conclusiones

La prevalencia de IAM-SLC fue de 8%, en su mayoría mujeres y con menor presencia de dislipemia. En este grupo se encontró como otro factor de riesgo los estados hipercoagulabilidad. Es necesario seguir trabajando para mejorar el diagnóstico de las causas específicas y así optimizar el tratamiento dirigido de los pacientes con IAM-SLC