


# Características clínicas, ecocardiográficas, angiográficas y pronóstico del infarto embólico: un estudio multicéntrico

Alberto Vera Sainz(1), Amaia Ibargoyen(1), Eduardo Pozo Osinalde(2), César Jiménez Méndez(3), Raquel Ajo Ferrer(4), Rut Álvarez Velasco(5), Carlos García Filloy(6), Laura Cuesta Margolles(7), Anai Moreno Rodríguez(8), Fernando Alfonso Manterola(9), Valeriano Ruiz Quevedo(1) y Virginia Álvarez Asiain(1) de (1)Hospital Universitario de Navarra, Navarra - España, (2)Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (3)Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz - España, (4)Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante - España, (5)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (6)Hospital Universitari de Bellvitge, L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España, (7)Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España, (8)Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España y (9)Hospital Universitario de la Princesa, Madrid - España

Introducción: El infarto embólico es una causa poco frecuente pero infradiagnosticada de infarto agudo de miocardio (IAM). La evidencia sobre características clínicas, ecocardiográficas, angiográficas y pronóstica disponible se limita a estudios pequeños, unicéntricos y con grupos de comparación heterogéneos.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo multicéntrico de 1.467 pacientes con IAM, incluyendo 489 con infarto embólico procedentes de diez hospitales y 978 con IAM aterotrombótico. El objetivo primario intrahospitalario fue un compuesto de insuficiencia cardiaca (IC), ictus, shock cardiogénico, taquicardia/fibrilación ventricular y mortalidad por cualquier causa. El objetivo primario a largo plazo incluyó el combinado de ictus, reinfarto, embolia sistémica, IC, muerte cardiovascular y mortalidad por cualquier causa.

Resultados: Los pacientes con infarto embólico eran de mayor edad, con mayor proporción de mujeres, mayor carga de comorbilidades y mayor presencia de cardiopatía auricular. Recibieron con mayor frecuencia tratamiento conservador, angioplastia simple o aspiración de trombo. Las complicaciones intrahospitalarias fueron significativamente más frecuentes en el grupo de infarto embólico (34% vs. 21%; p<0,001), con mayores tasas de ictus (7% vs. 0,4%; p<0,001), shock cardiogénico (11% vs. 5%; p<0,001) y mortalidad intrahospitalaria (10% vs. 3%; p<0,001). El infarto embólico se asoció de forma independiente con peores resultados intrahospitalarios (OR 1,6; IC 95% 1,1–2,3; p=0,02).
Los resultados a largo plazo también fueron peores en el infarto embólico, con una mayor tasa de eventos compuestos (30% vs. 17%; p<0,001), mayor incidencia de ictus (6% vs. 2%; p<0,001), embolia sistémica (2% vs. 0%; p<0,001), insuficiencia cardiaca (42% vs. 35%; p<0,001) y mortalidad por cualquier causa (22% vs. 12%; p<0,001). El sangrado mayor fue más frecuente en el grupo de infarto embólico (6% vs. 2%; p<0,001). El infarto embólico se mantuvo como predictor independiente de eventos adversos a largo plazo (HR 1,5; IC 95% 1,1–2,1; p=0,008) (Tabla 1).

Conclusiones: El infarto embólico representa un fenotipo distinto de IAM, caracterizado por características clínicas y

angiográficas propias y por peores resultados tanto intrahospitalarios como a largo plazo, incluyendo un mayor riesgo de complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas

**Análisis multivariante. Predictores del evento combinado a largo plazo**

| Variable | Regresión de Cox Univariable | Regresión de Cox Multivariable |
|---|---|---|
| **Infarto embólico** | HR 2.3 (95%CI 1.9-3; p<0.001) | HR 1.5 (95%CI 1.1-2.1; p=0.008) |
| **Edad** | HR 1.06 (95%CI 1.05-1.07; p<0.001) | HR 1.05 (95%CI 1.03-1.06; p<0.001) |
| **Sexo femenino** | HR 2 (95%CI 1.6-2.5; p<0.001) | HR 1.06 (95%CI 0.8-1.4; p=0.7) |
| **Hipertensión** | HR 2.5 (95%CI 2-3; p<0.001) | HR 1.3 (95%CI 0.99-1.7; p=0.06) |
| **Diabetes** | HR 3.3 (95%CI 2.6-4.3; p<0.001) | HR 2.1 (95%CI 1.6-2.8; p<0.001) |
| **Dislipemia** | HR 1.3 (95%CI 1.1-1.7; p=0.02) | HR 1.1 (95%CI 0.9-1.5; p=0.3) |
| **ERC** | HR 4.6 (95%CI 3.3-6.4; p<0.001) | HR 1.5 (95%CI 0.99-2.5; p=0.05) |
| **EVP** | HR 3.3 (95%CI 2.2-4.8; p<0.001) | HR 2.2 (95%CI 1.4-3.4; p<0.001) |
| **Ictus previo** | HR 4.2 (95%CI 3-6; p<0.001) | HR 1.9 (95%CI 1.3-2.7; p=0.001) |
| **Afectación multivaso** | HR 1.3 (95%CI 1.04-1.6; p=0.02) | HR 1.6 (95%CI 1.2-2.1; p=0.003) |
| **Dilatación de AI** | HR 4 (95%CI 3.2-5.1; p<0.001) | HR 1.8 (95%CI 1.3-2.3; p<0.001) |
| **FEVI** | HR 0.98 (95%CI 0.97-0.99; p<0.001) | HR 0.98 (95%CI 0.97-0.99; p=0.004) |
| **Disfunción de VD** | HR 2.4 (95%CI 1.6-3.5; p<0.001) | HR 0.9 (95%CI 0.6-1.4; p=0.7) |
| **IM moderada o severa** | HR 3.7 (95%CI 2.9-4.8; p<0.001) | HR 1.8 (95%CI 1.4-2.4; p<0.001) |