

Incidencia de muerte súbita tras intervencionismo percutáneo de tronco común izquierdo comparada con otros segmentos coronarios

José M. de la Torre Hernández(1), Stefano Siliano(1), Jon Zubiaur Zamacola(2), Dae Hyun Lee Hwang(1), Tamara García Camarero(1), Gabriela Veiga Fernández(1), Aritz Gil Ongay(1), Celia Garilleti Cámara(1), Brenda Gutiérrez(1), Cristina Obregón Rodríguez(1), Diana Morlote(1), Sara Carmen Río Sánchez(3), Rigoberto Hernández(1) y Fermín Sainz Laso(1) de (1)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (2)Servicio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. HM CIEC MADRID (Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares). Hospital Universitario HM Montepríncipe, HM Hospitales, Madrid - España y(3)HM CIEC MADRID (Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares). Hospital Universitario HM Montepríncipe, HM Hospitales, Madrid - España

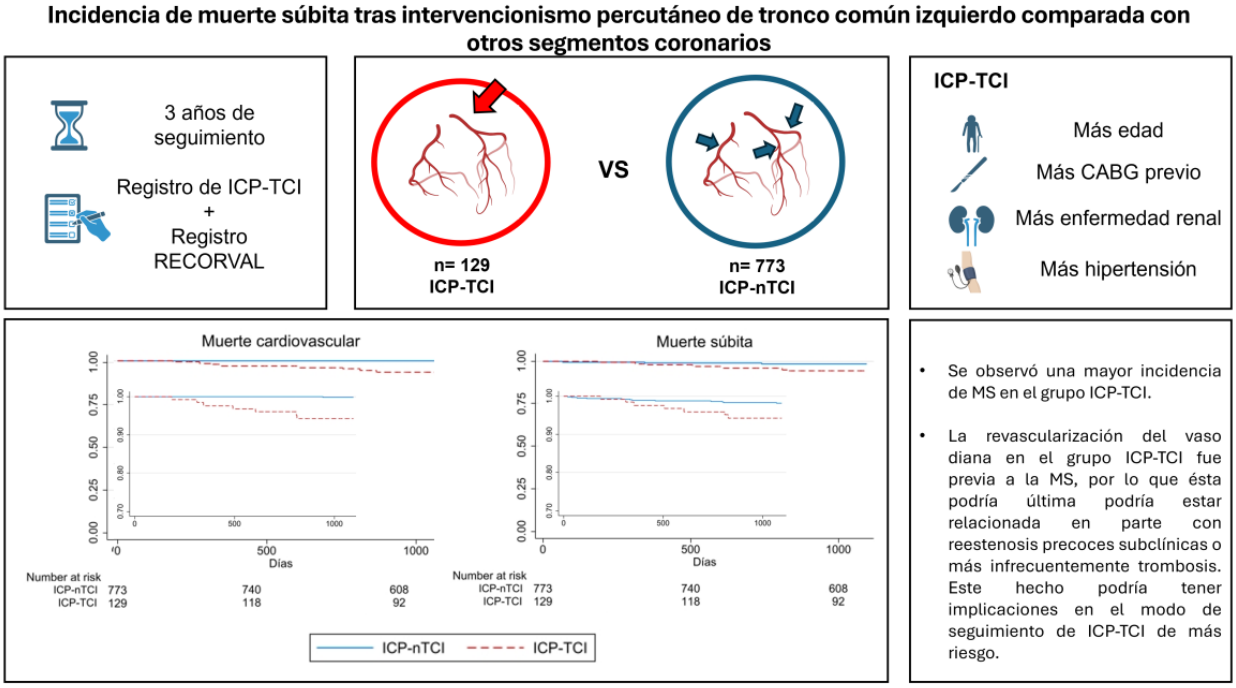
Introducción: La intervención coronaria percutánea (ICP) del tronco común izquierdo (TCI) es una alternativa bien establecida para ciertos tipos de pacientes. Dada su relevancia, la reestenosis/trombosis a dicho nivel puede tener consecuencias clínicas particulares. Sin embargo, existen pocos datos que comparen directamente la ICP del TCI con la ICP en arterias no-TCI en cuanto a incidencia de muerte cardiovascular (MCV), muerte súbita (MS) y su cronología. El objetivo fue comparar la MCV y específicamente la MS a 3 años en pacientes con cardiopatía isquémica sometidos a ICP aislada del TCI frente a ICP aislada en arterias no-TCI.

Métodos: Se incluyeron pacientes de manera prospectiva con ICP de TCI aislado (ICP-TCI) y con ICP aislada de otra arteria coronaria (ICP-nTCI). Se excluyeron pacientes con infarto con elevación del ST y aquellos con ?2 vasos tratados. El seguimiento fue de 3 años, con recogida prospectiva de eventos. La muerte cardiovascular (MCV) y súbita (MS) se definieron según ARC.

Resultados: Se incluyeron 129 pacientes en el grupo ICP-TCI y 773 en el grupo ICP-nTCI. Los pacientes del grupo ICP-TCI eran mayores (70.7 vs 66.5 años; p<0.01), tenían más enfermedad renal crónica (24.1% vs 11.8%; p<0.01) y más disfunción ventricular (FEVI<40%) (33.3% vs 20.4%; p<0.01). En los pacientes ICP-TCI era más frecuente el antecedente de ictus previo y de cirugía de revascularización previa (11.6% vs 2.1%; p<0.01). La presentación clínica más frecuente en ICP-TCI fue infarto sin elevación del ST (IAMSEST) o angina inestable, mientras que en ICP-nTCI las más habitual fue IAMSEST o angina estable. Hubo más MS en el grupo ICP-TCI (5.4% vs 1.8%; p=0.02) (Figura, Tabla). Esta asociación no fue estadísticamente significativa, aunque mostro una fuerte tendencia a serlo, tras el análisis multivariable (Hazard ratio [HR]: 2.36 [IC95% 0.93-6.03]; p=0.07). Los eventos de MS ocurrieron más tarde que los episodios de revascularización de vaso diana en el grupo de ICP-TCI (345 días [66-799] vs 193 días [177-261]; p=0.01).

Conclusiones: Se observó una mayor incidencia de MS en el grupo ICP-TCI. La revascularización del vaso diana en

el grupo ICP-TCI fue previa a la MS, por lo que ésta última podría estar relacionada en parte con reestenosis precoces subclínicas o más infrecuentemente trombosis. Esto podría tener implicaciones en el modo de seguimiento de los pacientes con ICP-TCI de más riesgo.



Muerte total, muerte cardiovascular y muerte súbita a 1 y 3 años.

	Total (N= 902)	ICP-TCI (n=129)	ICP-nTCI (n=773)	p	HR (95% CI)	p	aHR (95% CI)*	p

Los valores son n (%). aHR= Hazard ratio ajustado; HR= Hazard ratio; ICP-TCI= intervencionismo coronario percutáneo de tronco coronario izquierdo; ICP-nTCI= intervencionismo coronario percutáneo de arteria distinta a tronco coronario izquierdo.