

Presentación clínica, complicaciones y mortalidad según la arteria culpable en el SCACEST en un hospital terciario

Andrés Álvarez Gato(1), María Salgado Barquinero(1), Alberto Alén Andrés(1), Manuel Sánchez Suárez(1), Daniel Suárez Fernández(1), Diego Argüelles Vicente(2), Hugo Javier Aguado Solana(2), Francisco González Urbistondo(3), Marcel Almendarez Lacayo(1), Íñigo Lozano Martínez-Luengas(2), Pablo Avanzas Fernández(1), Viena Gil Menéndez(4), Laura Pérez Bacigalupe(1), Paula Bouzón Iglesias(1) y Antonio Adeba García(2) de (1)Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (2)Cardiología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España, (3)Cardiología. Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria) - España y (4)Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España

Introducción: La arteria responsable del infarto (ARI) puede condicionar la extensión del daño miocárdico y el pronóstico del síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST). Las diferencias anatómicas y funcionales entre las arterias coronarias pueden determinar perfiles clínicos distintos. El objetivo fue comparar la presentación, las complicaciones y la mortalidad según la ARI en pacientes con SCACEST sometidos a angioplastia primaria en un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 270 pacientes consecutivos con SCACEST tratados con angioplastia primaria entre enero de 2024 y diciembre de 2025. La ARI se diferenció entre descendente anterior (DA), coronaria derecha (CD), circunfleja-obtusa margina (CX/OM) y tronco coronario izquierdo TCI. Se analizaron características basales, biomarcadores, función ventricular, complicaciones arrítmicas y mecánicas, y mortalidad a 30 días. Se emplearon curvas de Kaplan-Meier con test log-rank y un modelo multivariante de Cox ajustado por factores clínicos y FEVI.

Resultados: La distribución de ARI fue: DA 41,5%, CD 38,1%, CX/OM 16,7% y TCI 3,7%. La DA se asoció al mayor daño miocárdico (troponina pico 8.450 ng/L) y mayor tasa de disfunción ventricular (30,4% frente a 12,6% en CD), con complicaciones específicas como aneurisma o trombo apical. La CD presentó la mayor incidencia de bloqueo AV completo (8,7%) y mejor pronóstico global. La afectación de TCI mostró peor perfil hemodinámico, con shock cardiogénico en el 40%, NT?proBNP más elevado, estancia prolongada en UCI y la mayor mortalidad a 30 días . La supervivencia fue: CD 97,1%, CX/OM 95,6%, DA 91,1% y TCI 70,0% (log?rank p=0,001). En el análisis multivariante, el TCI se asoció de forma independiente con mayor mortalidad frente a CD (HR 6,42; IC95% 1,52?27,12). Tras ajustar por FEVI, la diferencia DA?CD dejó de ser significativa (HR 1,86; p=0,368), reflejando que el pronóstico de la DA depende fundamentalmente de la extensión del daño miocárdico.

Conclusiones: La ARI condiciona notablemente la presentación y el pronóstico del SCACEST. La DA genera infartos más extensos y mayor disfunción ventricular, mientras que la CD presenta mejor supervivencia pero más complicaciones eléctricas. La afectación del TCI supone un escenario crítico con elevada mortalidad. La ARI debe

guiar la estratificación precoz del riesgo y la intensidad del manejo hospitalario, especialmente en DA y TCI.

