



## 214/181 - Perfil clínico y características angiográficas de lesiones moderadas como factor de riesgo para desarrollar un SCACEST. ¿Podría ser recomendable mantener la doble antiagregación prolongada?

J.J. Macancela Quiñónez<sup>1</sup>, R. Reyes Parrilla<sup>2</sup>, F. Valencia Serrano<sup>3</sup> y R. Lázaro García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de 5º año de Cardiología; <sup>2</sup>Médico Residente de 1º año de Cardiología; <sup>3</sup>FEA de Cardiología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Recientes publicaciones demuestran que existen pacientes con mayor riesgo isquémico, que podrían beneficiarse de tratamiento con doble-antiagregación prolongado. Nuestro objetivo fue analizar perfil clínico-angiográfico, de pacientes con lesiones no significativas que posteriormente presentaron un SCACEST, en los cuales se realizó angioplastia primaria.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, serie de 14 pacientes, en ellos se realizó Angioplastia primaria por IAMCEST sobre lesiones previamente diagnosticadas como no significativas en coronariografía, datos de un hospital de tercer nivel de 2005-2015. Analizamos características demográficas, clínicas y morbilidad. Separamos grupos por trimestres, desde el diagnóstico de la lesión no significativa hasta la aparición del SCA que indicó la angioplastia primaria.

**Resultados:** Edad media 66,5 años ( $\pm 11,3$ ); varones: 72%, HTA: 86%, tabaquismo: 64%, diabéticos: 57%, dislipemia: 57%, eGFR 50 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>: 21%. El 86% tenían antecedente de cardiopatía isquémica crónica. Ninguno de los pacientes continuaba con doble antiagregación posterior a los 12 meses. Destacando que la media desde el diagnóstico de lesión no significativa hasta el IAMCEST sobre dicha lesión, fue 18 meses ( $\pm 8$  meses). El 100% de los casos no recibían doble-antiagregación en el momento del evento agudo y el 80% estaba con AAS. El 50% de los casos la arteria culpable fue la descendente anterior; en el 66% la lesión angiográfica tipo B/ACC, la mayoría bifurcadas.

**Conclusiones:** Conocemos que existen pacientes con mayor riesgo isquémico; destacando según resultados la aparición precoz del evento isquémico agudo sobre placa moderada, tras la suspensión del segundo antiagregante. A pesar de las limitaciones del registro, podríamos plantearnos el posible beneficio de mantener la doble antiagregación en un grupo de pacientes, según ciertas características clínico-angiográficas.