

6032-9. TAC DE CORONARIAS PARA PREDECIR EVENTOS CARDIOVASCULARES. ¿QUÉ APORTA RESPECTO A LAS ESCALAS DE RIESGO HABITUALES?

Amanda Leandro Barros¹, Juan Carlos Díaz Polanco¹, Azucena Sanz Barrio¹, Virginia Ponz Mir¹, Concepción Álvarez Sanz², Susana Novo Aparicio², Francisco Luquero Bachiller¹, Teresa Romero Delgado¹, Gema Ballesteros López¹, Jeny Gómez Delgado¹, Javier García-Pérez Velasco¹, Vanesa Bonilla Jiménez¹, M. Ángeles Cruz Díaz² y Alberto García Lledó¹

¹Servicio de Cardiología. y ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La estimación de calcio coronario (CAC) y la demostración de placas coronarias en la angiografía coronaria no invasiva (CCTA) pueden predecir eventos cardiovasculares y aparecen en las guías como modificadores de riesgo. Hay dudas sobre su coste-efectividad y su utilidad clínica. Nuestro objetivo fue analizar su valor predictivo con respecto a las escalas validadas.

Métodos: De forma prospectiva, entre marzo de 2014 y septiembre de 2015, se reclutó a pacientes a los que se había indicado un CCTA en un único centro. Se excluyó a aquellos con enfermedad cardiovascular o clínica sugerente de síndrome coronario agudo, y a los que fueron revascularizados por los hallazgos del TAC. Se utilizó un TAC de 64 detectores (Brilliance; Philips, Países Bajos) para medir CAC y detectar placas de ateroma. Se estimó el riesgo mediante las escalas SCORE y Framingham. El estudio fue autorizado por el comité ético y se obtuvo consentimiento. Observadores clínicos ciegos a los hallazgos del TAC inicial han registrado los eventos cardiovasculares hasta abril de 2022.

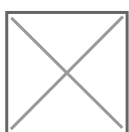
Resultados: Se incluyó a 164 pacientes, 31,5% varones, edad media de 60 ± 11 años y riesgo medio de eventos a 10 años de 11% (Framingham) y de muerte cardiovascular de 2,1% (SCORE). No se encontró calcificación coronaria en 81 casos, de los que 6 tuvieron placas de ateroma (7%). Se encontraron lesiones coronarias en 82 (50%), significativas en 24 de ellos (14,5%). En un seguimiento de 82 ± 21 meses se han registrado 11 eventos: 1 muerte cardiovascular, 1 ictus, 6 síndromes coronarios agudos y 3 revascularizaciones no derivadas del TAC inicial. De los pacientes con eventos, 1 tenía coronarias normales (1,2%), frente a 10 con lesiones coronarias (12,3%, $p = 0,004$). Considerando el CAC, hubo eventos en 3 de 81 casos sin calcificación coronaria (3,7%) y en 8 de 74 con calcio detectable (9,8%, $p = 0,11$). El 33% de los pacientes con placas no calcificadas sufrió un evento ($p = 0,11$). Usando curvas COR, el CAC no mejoró a las escalas Framingham o SCORE para predecir eventos (fig. y tabla).

Área bajo las curvas COR

Variables de resultado de prueba	Área	Error estándar	Significación asintótica ^a	95% de intervalo de confianza asintótico
----------------------------------	------	----------------	---------------------------------------	--

Límite inferior	Límite superior				
SCORE	0,772	0,073	0,004	0,629	0,915
Framingham 10	0,772	0,075	0,004	0,626	0,919
Calcio coronario	0,754	0,088	0,007	0,581	0,927

^aHipótesis nula: área verdadera = 0,5



Conclusiones: La determinación de CAC no mejora la predicción de eventos de las escalas de riesgo. Mientras que la ausencia de calcio coronario no excluye la posibilidad de eventos, la ausencia de lesiones coronarias en el TAC supone un riesgo muy bajo. Las placas no calcificadas podrían suponer un riesgo muy alto de sufrir eventos.