



2. RESERVA DE FLUJO CORONARIO, MEDIANTE RESPUESTA DIFERENCIAL DE LA HIPEREMIA INDUCIDA POR ADENOSINA, EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA ISQUÉMICA FRENTE A NO ISQUÉMICA

Alfonso Pérez Sánchez, Enrique Novo García, Alicia Castillo Sandoval, Borja Casas Sánchez, Mauricio Sebastián Dávila Suconota, Elisa Gonzalo Alcalde, Jaime Manuel Benítez Peyrat, Rocío Angulo Llanos, Claudio Torán Martínez, Jorge Baena Herrera, Antonio Manuel Rojas González, M^a de los Reyes Oliva Encabo, Eva Díaz Caraballo, M. Eulalia Jiménez Martínez y Javier Balaguer Recena

Cardiología. Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía dilatada (MCD) isquémica, sin necrosis miocárdica previa, se diagnostica al documentar, bien, enfermedad coronaria (EC) grave en angiografía o TAC coronario, o bien, daño isquémico miocárdico en RMN cardíaca, perfusión isotópica, etc. Los pacientes con MCD se someten a coronariografía, más, para demostrar una enfermedad coronaria grave revascularizable, que para confirmar la etiología isquémica. Ya que muchas, es difícil demostrar que la EC que encontramos justifica una etiología isquémica. Nuestro objetivo es aclarar si en pacientes con MCD isquémica, podemos demostrar alteraciones de la reserva coronaria en la coronariografía, que puedan sugerir un origen isquémico, cuando no es claramente justificable tras una coronariografía.

Métodos: Estudiamos 62 pacientes con MCD y disfunción ventricular izquierda (DVI) grave (FEVI 35%). Clasificamos a 35 pacientes en MCD isquémica (angiografía, TAC con EC grave en 2 vasos principales, RMN con realce tardío subendocárdico y/o transmural, isquemia isotópica o FFR 0,80, con guía de presión, en al menos 2 vasos principales), a 27 pacientes en MCD no isquémica (13 alcohol, 5 quimioterapia, 5 genética, 4 taquimiocardiopatía) y a 18 pacientes en controles sin DVI ni EC. Se analizó el flujo coronario mediante un sistema automático QCA 3D Rainmed, que permite analizar el diámetro medio (Dm) coronario en puntos equidistantes (D0, D20, D40, D60, D80, D100), desde el origen a la última bifurcación más distal de la arteria descendente anterior, y la velocidad de flujo en el segmento estudiado. Las medidas se realizaron basalmente y tras inducir hiperemia con 300 µg adenosina ic., considerando la reserva de flujo coronario y el cociente de flujos hiperemia/basal.

Resultados: Los flujos y reserva coronaria por grupos (tabla).

Resultados

Control

MCD no
isquémica

MCD isquémica

p

Flujo basal DA	378,82 ± 132,90	426,18 ± 162,21	347,84 ± 128,68*	*vs 2
Flujo hiperemia DA	746,28 ± 203,07	647,79 ± 192,86	431,32 ± 201,55**	**vs 1 y 2
Reserva flujo DA	1,97 ± 0,60	1,52 ± 0,50*	1,24 ± 0,44**	*vs 1 **vs 1

Flujo coronario = Velocidad flujo (mm/s) × π (Dm/2)² en mm³/s; *p 0,05 **p 0,01; DA: descendente anterior; MCD: miocardiopatía dilatada.

Conclusiones: Los pacientes con MCD isquémica se pueden identificar en la coronariografía por un flujo en DA basal inferior, frente a los pacientes con MCD no isquémica, aunque, la diferencia ocurre, especialmente, por un flujo claramente inferior en hiperemia y una menor reserva de flujo coronario. Los pacientes con MCD no isquémica presentan una reserva de flujo inferior a los controles, probablemente, por un flujo basal elevado.