



5009-2. LOS PACIENTES CON ÁNGOR DE ESFUERZO ESTABLE SIN ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA PRESENTAN UN AUMENTO DE LA DEMANDA DE FLUJO CORONARIO EN REPOSO QUE REDUCE LA RESERVA DE FLUJO. ESTUDIO FISIOLÓGICO CORONARIO ANGIOGRÁFICO NO INVASIVO

Mónica Morales Giráldez, Enrique Novo García, Alfonso Pérez Sánchez, Borja Casas Sánchez, Mauricio Sebastián Dávila Suconota, Elisa Gonzalo Alcalde, Jaime Manuel Benítez Peyrat, Rocío Angulo Llanos, Claudio Torán Martínez, Antonio Manuel Rojas González, Eva Díaz Carballo, Nancy Giovanna Uribe Heredia, César Rainer Solórzano Guillén, Miguel Ángel San Martín Gómez y Javier Balaguer Recena

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Muchos pacientes son remitidos a angiografía por clínica de angor de esfuerzo típico y la angiografía coronaria no demuestra lesiones coronarias justificativas, siendo frustrante no dar una explicación causal de la clínica. Actualmente podemos analizar mediante sistemas algorítmicos automáticos basados en la angiografía coronaria las características fisiológicas coronarias de estos pacientes que expliquen la presencia de isquemia sin enfermedad coronaria significativa (ECS).

Métodos: Estudiamos 95 pacientes sometidos a coronariografía que dividimos en 2 grupos: control 31 pacientes sin ECS (estenosis epicárdicas > 50%) ni ángor y 52 pacientes con angor típico de esfuerzo estable sin ECS (12 de ellos con isquemia isotópica anteroapical). Analizamos la fisiología coronaria en la arteria descendente anterior mediante un sistema automático RAINMED para el análisis angiográfico de los índices de reserva fraccional de flujo coronario (caFFR) dependiente de la circulación epicárdica y el índice de resistencia microcirculatoria (caIMR). Mediante Rainmed valoramos el flujo coronario basándonos en la velocidad de flujo epicárdico y su diámetro medio en su trayecto desde su origen hasta la bifurcación más distal. Se analizaron las medidas basales tras dilatación con nitroglicerina ic y en hiperemia inducida con 300 ?g de adenosina ic., y la reserva o ratio de flujo (hiperemia/basal) y de caFFR y caIMR (basal/hiperemia).

Resultados: Las diferencias entre ambos grupos se expresan en la tabla. Encontramos en pacientes con angor una frecuencia cardiaca mayor (78 ± 16 vs 72 ± 11 p 0,05) y una tendencia a un diámetro medio inferior (2,07 ± 0,23 vs 2,25 ± 0,19 p = 0,09).

	caFFR	caIMR	Flujo DA mm ³ /s
Control basal	0,90 ± 0,03	24,75 ± 12,30	292,45 ± 98,25
Angor sin ECS basal	0,84 ± 0,02*	18,37 ± 10,59*	343,54 ± 115,84*

Control hiperemia	0,82 ± 0,02	11,52 ± 4,56	533,41 ± 173,43
Angor sin ECS hiperemia	0,79 ± 0,02	10,83 ± 3,98	497,39 ± 194,97
Control reserva	1,10 ± 0,02	2,15 ± 0,36	1,82 ± 1,76
Angor sin ECS reserva	1,06 ± 0,01*	1,70 ± 0,37*	1,44 ± 1,66*
*p 0,05 vs control.			

Conclusiones: Los pacientes con angor sin ECS presentan flujos basales coronarios mayores con menores resistencias microcirculatorias indicativos de mayor demanda de flujo en reposo y mayor caída de la presión coronaria (caFFR). Explicaría la menor reserva de flujo coronario y vasodilatadora de la microcirculación que presentan estos pacientes con angor sin ECS. En hiperemia no existen diferencias entre pacientes con angor y controles lo que sugiere que no existen diferencias estructurales en su circulación coronaria epicárdica y microcirculatoria. Estos datos sugieren en estos pacientes un posible beneficio de tratamientos (por ejemplo, bloqueadores beta) que disminuyan la demanda de flujo coronario en reposo.