



4016-2. ¿PUEDE UN VALOR DE PD/PA TRAS ADMINISTRACIÓN DE NITROGLICERINA INTRACORONARIA DESCARTAR UNA RESERVA FRACCIONAL DE FLUJO SIGNIFICATIVA (? 0,80) CON ADENOSINA? ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Roberto Martín-Reyes¹, José María de la Torre Hernández², Juan Antonio Franco Peláez¹, Ramón López Palop³, Miren Tellería Arrieta⁴, Ignacio Amat Santos⁵, Ángel Sánchez Recalde⁶ y Salvatore Brugaletta⁷ del ¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), ³Hospital Universitario de San Juan, Alicante, ⁴Policlínica Gipuzkoa, San Sebastián, ⁵Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ⁶Hospital Universitario La Paz, Madrid y ⁷Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La valoración funcional una estenosis coronaria se realiza mediante la medición de la reserva fraccional de flujo (RFF) en condición de hiperemia máxima (adenosina). Estudios recientes han tratado de encontrar una correlación entre diferentes parámetros (IFR, Pd/Pa basal) que no requieren la utilización de adenosina y la RFF. Nuestro objetivo fue investigar la relación entre la RFF y el valor de Pd/Pa obtenido justo después de la infusión intracoronaria de nitroglicerina (Pd/Pa-NTG) y determinar si este parámetro mejora la precisión de diagnóstico para descartar una RFF significativa en comparación con el Pd/Pa basal.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico prospectivo que incluyó los resultados de 338 guías de presión consecutivas (283 pacientes) que presentaban lesiones coronarias intermedias (30 a 70% por estimación QCA). Se recogieron datos demográficos, datos hemodinámicos y de las características angiográficas de las lesiones. Se estableció un protocolo común, de tal forma que se recogieron en todos los pacientes los siguientes datos; Pd/Pa basal, Pd/Pa-NTG intracoronaria después de la infusión de un bolo de 2 ?g de nitroglicerina y RFF tras adenosina intravenosa (iv) en infusión continua (140 mg/kg/min) o después de adenosina intracoronaria (ic) (? 360 ?g en el sistema de izquierda y ? 90 ?g en la arteria coronaria derecha).

Resultados: Pd/Pa basal fue 0,72 a 1,0 ($0,93 \pm 0,04$), Pd/Pa-NTG fue 0,60 a 1,0 ($0,87 \pm 0,07$) y el valor de la RFF después de adenosina iv o ic 0,55-1,0 ($0,83 \pm 0,08$). Las curvas ROC para Pd/Pa basal y para Pd/Pa-NTG, utilizando un RFF ? 0,80 como referencia variable estándar mostraron un AUC de 0,88 (IC95% = 0,84 a 0,92; $p < 0,001$) y 0,94 (IC95% = 0,92-0,96, $p < 0,001$), respectivamente. Los valores de corte óptimos para Pd/Pa basal y Pd/Pa-NTG para la predicción de una RFF > 0,80, fueron > 0,96 y > 0,88 respectivamente. Estos valores estaban presentes en un 29,8% ($n = 100$) y un 47,1% ($n = 158$) respectivamente, del total de datos.

Conclusiones: El Pd/Pa-NTG muestra una buena correlación con la RFF en las lesiones coronarias intermedias, incluso mejor que con el Pd/Pa basal. El valor de corte de Pd/Pa-NTG > 0,88 tiene un excelente VPN y sensibilidad para descartar un RFF significativo, de tal forma que en casi la mitad (47,1%) de los pacientes podría evitarse la utilización de adenosina.