



Revista Española de Cardiología



6018-40. RECLASIFICACIÓN DE RIESGO EN PACIENTES SINTOMÁTICOS TRAS CORONARIOGRAFÍA NO INVASIVA Y SCORE CALCIO MEDIANTE TC MULTIDETECTOR 64 CORTES

Manuel Barreiro Pérez, María Martín Fernández, Oliva Concepción Fernández Cimadevilla, Juan Pablo Flórez Muñoz, Alfredo Renilla González, Diego León Durán, Irene Álvarez Pichel y Luis Hernández Luyando del Área del Corazón del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción: De acuerdo con las Guías de Práctica Clínica actuales sobre prevención de enfermedad cardiovascular, debería aportarse tratamiento farmacológico a aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, diabéticos o dislipémicos con riesgo elevado (HeartScore = 5%). Planteamos el papel del calcio arterial coronario y la presencia de lesiones coronarias en la reclasificación de nuestros pacientes.

Material y métodos: 101 pacientes sintomáticos sin enfermedad coronaria conocida ni diabetes mellitus (tipo II o I con microalbuminuria) con ergometría no realizable o no concluyente, son remitidos para ScoreCalcio (SC, en unidades Agatston) y coronariografía no invasiva por TC multidetector 64 cortes.

Resultados: 57 ± 3 años, 48% varones, HeartScore de 3,03% [IC95% (2,28-3,79)], SC mediana de 0 y rango intercuartilico de 0-8 (distribución asimétrica). 75 pacientes (74,3%) obtuvieron un HeartScore < 5%. De ellos tenían ateromatosis coronaria 25 (33,3%); en forma de lesiones en la coronariografía no invasiva 17 y SC mayor de 0 sin lesiones coronarias en 8 pacientes. Por otra parte en 28 pacientes únicamente dislipémicos y de bajo riesgo por Heart Score, se objetivó ateromatosis coronaria en 8 pacientes (42,1%) en forma de lesiones significativas en la coronariografía en 5 pacientes y con Score calcio > 0 en 3.

Conclusiones: En nuestra muestra la realización de una coronariografía no invasiva y el cálculo de SC, permitió reclasificar pacientes de bajo-intermedio riesgo en pacientes de alto riesgo (presencia de enfermedad coronaria), y por lo tanto aplicar estrategias de prevención primaria, en un 33,3% de los casos. En el subgrupo de los dislipémicos, fue del 42,1%. La utilización de esta herramienta en pacientes como los descritos puede ser útil en la reclasificación de pacientes en prevención primaria.