



5031-2. USO COMBINADO DE IFR JUNTO A FFR CON ADENOSINA INTRACORONARIA A ALTA DOSIS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LESIONES CORONARIAS INTERMEDIAS

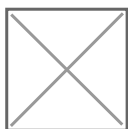
Javier Cuesta Cuesta, Fernando Rivero Crespo, Marcos García Guimaraes, Paula Antuña, Teresa Alvarado Casas, Teresa Bastante Valiente, Amparo Benedicto Buendía y Fernando Alfonso Manterola del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La iFR es un índice de presión invasivo no hiperémico propuesto para la valoración de lesiones coronarias intermedias. La utilización de adenosina intracoronaria (FFRic) en combinación con iFR podría facilitar la generalización de su uso, al ser una técnica más simple, menos invasiva y con menos efectos secundarios. El objetivo de este estudio es determinar la validez diagnóstica del uso combinado en serie de iFR y FFRic frente al patrón estándar de la FFRiv.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva todas las lesiones coronarias intermedias (30-80%) que requirieron valoración en nuestro centro con técnicas funcionales intracoronarias. En todas ellas se determinaron sistemáticamente y consecutivamente iFR, FFRic (600 ?g) y FFRiv (200 ?g/Kg/min). Se calcularon los índices de validez diagnóstica (sensibilidad, especificidad, validez global y valores predictivos) de ambas pruebas frente al patrón de referencia (FFRiv), asumiendo el punto de corte establecido (0,80), así como el área bajo la curva de cada una de las pruebas.

Resultados: Se incluyeron 121 lesiones. La edad media de los pacientes fue de $66 \pm 10,5$ años, el 81% eran varones, la frecuencia de DM alcanzó el 29%. La indicación más frecuente fue la angina estable (56%) y la localización más frecuente de las lesiones la descendente anterior (47%). La gravedad angiográfica media fue del $51\% \pm 9$ y el FFR medio de $0,81 \pm 0,09$. Ambos métodos, iFR y FFRic mostraron excelentes parámetros de precisión diagnóstica con FFR-IV (iFR: $r = 0,60$, IC95%: 0,48-0,70; FFRic: $r = 0,88$; IC95%: 0,83-0,92). FFRic presentó valores medios menores que FFRiv ($0,81 \pm 0,08$ frente a $0,82 \pm 0,09$, $p = 0,025$). Mediante el método de ABC, identificamos el punto de corte óptimo para máxima sensibilidad de iFR en 0,91. Mediante la realización de pruebas en serie (iFR inicial, añadiendo FFRic solo si iFR 0,91 lesiones) encontramos una excelente precisión (96,7%; IC95%: 96,7-99,1%) con una sensibilidad, especificidad y, VPP y VPN de 100,0%, 94,7%, 91,8%, y 100%, respectivamente (fig.).



Curva ROC para iFR y FFRic.

Índices de precisión diagnóstica

	Test en serie (iFR ? 91)
	% (IC95%)
Sensibilidad	100,0 (92,1-100,0)
Especificidad	94,7 (87,1-98,5)
Valor predictivo positivo	91,8 (80,4-97,7)
Valor predictivo negativo	100,0 (95,0-100,0)
Validez global	96,7 (91,7-99,1)
Lesiones sin adenosina	44,6 (35,6-53,9)
Pacientes sin adenosina	44,3 (34,7-54,3)

Conclusiones: Dada la elevada sensibilidad de iFR y la alta especificidad de FFRic nuestro estudio sugiere que el uso combinado en serie de ambas pruebas presenta una elevada rentabilidad diagnóstica, pudiendo simplificar el uso de las técnicas diagnósticas funcionales intracoronarias.