



4009-5. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR PARA PREDECIR EL USO DE LA ATRECTOMÍA ROTACIONAL EN PACIENTES CON LESIONES CORONARIAS CALCIFICADAS MODERADAS O GRAVES POR ANGIOGRAFÍA

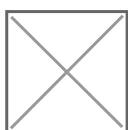
Virginia Pascual Tejerina¹, Guillermo Galeote¹, Raúl Moreno-Gómez¹, Santiago Jiménez Valero¹, Ángel Sánchez Recalde¹, Adrián Rivas¹, José María García de Veas¹, Ignacio Plaza², Rosa González-Davía³ y José Luis López-Sendón¹, del ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) y ³Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La aterectomía rotacional (AR) se considera una técnica reservada para aquellas lesiones que no pueden ser cruzadas o dilatadas. La herramienta más útil para cuantificar el calcio arterial coronario (CAC) es la escala de Agatston (SA) medido por tomografía computarizada multidetector (TCMD), sin embargo, hasta la fecha no se ha empleado aisladamente o en combinación con otros parámetros, para anticipar si una lesión va a ser no penetrable o no dilatable. El objetivo de este estudio fue determinar, en una población seleccionada de pacientes con lesiones coronarias graves y muy calcificadas, variables predictoras (clínicas, angiográficas y basadas en el SA) de la necesidad de realizar AR.

Métodos: En pacientes diagnosticados de CI, sometidos a cateterismo, aquellos con enfermedad coronaria obstructiva grave y lesiones muy calcificadas, se les midió el CAC mediante el SA por TCMD. A continuación, de forma ciega a los resultados, se les sometió a ICP con o sin AR según la práctica clínica habitual y se compararon ambos grupos. Se analizaron variables clínicas, angiográficas y del SA.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes. En 20, las lesiones coronarias eran no penetrables o dilatables y se sometieron a AR. En la otra mitad se realizó ICP convencional. Las características clínicas y angiográficas de ambos grupos se muestran en la tabla. La IRC fue más frecuente en el grupo de lesiones no penetrables. El SA por vaso y segmento tratado fue superior en el grupo de AR. El análisis de regresión logística mostró que por cada 0,1 mg/dl de incremento en el nivel de Cr, el riesgo de ICP con AR aumenta un 48% y que por cada 100 puntos de incremento del SA, el riesgo de ICP con AR se incrementa un 22%. El nivel de SA por segmento o lesión tratado mejor para predecir la necesidad de realizar AR es 383 y el nivel del índice que combina creatinina y SA por segmento tratado (Índice CAC-Cr), que ofrece mejor sensibilidad y especificidad para predecir la necesidad de AR es 622,79 (figura).



Curva COR basada en la combinación del nivel de creatinina y el nivel de Agatston por segmento tratado (Índice CAC-Cr). Punto de corte 622,79.

Características clínicas y angiográficas de ambos grupos de pacientes

	Grupo AR	Grupo ICP	p
Edad	72,4 ± 10,6	72,8 ± 10,2	0,91
Varones	16 (80%)	15 (75%)	0,70
HTA	14 (70%)	16 (80%)	0,46
Dislipemia	12 (60%)	17 (85%)	0,07
Diabetes mellitus	9 (45%)	8 (40%)	0,93
Tabaco	12 (60%)	11 (55%)	0,74
Creatinina	1,64 ± 1,48	0,96 ± 0,23	0,05
Insuficiencia renal crónica	9 (45%)	2 (10%)	0,015
FEVI reducida	2 (10%)	6 (30%)	0,28
SYNTAX score	25,8 ± 15,7	24,4 ± 9,3	0,73
% de posdilatación	15 (75%)	5 (25%)	0,047
% stent farmacoactivo	18 (90%)	18 (90%)	0,99
Contraste (ml)	312 ± 96,7	239 ± 66,5	0,018
Diseccción o perforación	3 (7,5%)	2 (5%)	0,36
Éxito angiográfico	90%	100%	0,14
Muerte durante ICP	0	0	> 0,99

Infarto agudo de miocardio	1	0	0,31
Complicación del acceso vascular	2	0	0,34

Conclusiones: El CAC medido con el SA por TCMD resultó ser una herramienta útil para predecir la necesidad de realizar AR en determinadas lesiones coronarias calcificadas. El nivel de Cr y el CAC medido con el SA por segmento, fueron los mejores parámetros para predecir la necesidad de realizar AR y podrían ser útiles en la práctica habitual a la hora de planear la estrategia intervencionista.