



6011-410. COMPARACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LAS PLACAS DE ATEROMA MEDIANTE ANGIOGRAFÍA CORONARIA CUANTITATIVA Y ECOGRAFÍA INTRACORONARIA

José Domingo Cascón Pérez, Rosario Mármol Lozano, José Abellán Huerta, Irene Azenaia García-Escribano García, Pedro Cano Vivar, Miryam Martínez Pascual del Riquelme, Concepción Fernández Pascual y Francisco Picó Aracil del H.G.U. Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Resumen

Introducción: Conocer las características de las placas de ateroma coronarias durante la realización de una coronariografía es clave para plantear la revascularización o no de dicha lesión, así como para decidir el tipo de *stent* a emplear. La utilización de la angiografía coronaria cuantitativa (QCA) está ampliamente establecida en la práctica habitual. Sin embargo, no se conoce con exactitud la correlación que guardan las estimaciones de QCA con la ecografía intracoronaria (IVUS), estando la última considerada como el patrón oro.

Objetivos: Comparar las características de la lesión aterosclerótica mediante QCA respecto a los obtenidos por IVUS.

Métodos: Se estudiaron 252 placas de ateroma durante el periodo de 2011 y 2012. Fueron incluidas tanto placas causantes de síndrome coronario agudo como placas estables. A todas las lesiones se les realizó en el mismo procedimiento QCA e IVUS. Los parámetros estimados fueron la longitud de la placa aterosclerótica, el diámetro del vaso distal, el volumen de la placa y como determinantes de la severidad de la placa se estimaron la reducción del diámetro luminal (%DLM) mediante QCA y la carga de placa mediante IVUS. Respecto a las estimaciones mediante QCA, para todas las placas se realizaron dos proyecciones ortogonales, tomándose la medida más grave de las dos.

Resultados: Mediante QCA, la longitud media de las placas estudiadas fue $13,6 \pm 6,9$ mm, siendo mediante IVUS $20,2 \pm 11$ mm ($p < 0,001$). El diámetro del vaso distal fue $2,8 \pm 0,6$ mm por QCA, frente a $3,8 \pm 0,8$ mm por IVUS ($p < 0,001$). Se obtuvo un volumen de placa por QCA de $178,4 \pm 146$ mm³, mientras que por IVUS se obtuvo $29,4 \pm 26$ mm³ ($p < 0,001$). La gravedad media de las lesiones mediante QCA fue de $46,7 \pm 16\%$ (%DLM) y de un $71,1 \pm 11\%$ (carga de placa) por IVUS ($p < 0,001$).



Figura. Ejemplo QCA e IVUS.

Conclusiones: La longitud de la placa de ateroma y el diámetro del vaso de referencia son infraestimados mediante QCA, con respecto al IVUS, siendo estas mediciones necesarias para escoger el *stent* más adecuado a la lesión a tratar. El volumen de la placa estimado mediante QCA dista significativamente del obtenido

mediante IVUS.