



6020-639. ANÁLISIS COMPARATIVO Y CARACTERIZACIÓN DE PLACA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN LA ENFERMEDAD VASCULAR DEL INJERTO

Eduardo José Lezcano Callén, Esther Sánchez Insa, M^a Luisa Sanz Julve, M^a Cruz Ferrer Gracia, José A. Diarte de Miguel, Juan Sánchez-Rubio Lezcano, José Gabriel Galache Osuna e Isabel Calvo Cebollero del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La enfermedad vascular del injerto (EVI) se caracteriza por engrosamiento de la íntima arterial postrasplante cardíaco (TXC). La tomografía de coherencia óptica (OCT) es útil en el diagnóstico de la arteriosclerosis clásica. El objetivo del estudio es valorar la OCT como herramienta diagnóstica de EVI.

Métodos: 28 pacientes, feb 2010-ago 2012. Cateterismo, biopsia y coronariografía (femoral 6F, angiógrafo Philips Allura Xper). Adquisición OCT (sonda ImageWire, arteria descendente anterior): analizamos 4 puntos máximo engrosamiento íntima, grosor íntima medio (MIT), área luminal media (MLA), composición y distribución placas. Engrosamiento íntima (EI) severo si MIT > 0,5 mm y > 180° o > 1 mm (clasif. Stanford): definimos 2 grupos, EI grave y no grave. Análisis SPSS 16 (media ± DE, %, diferencias p < 0,05).

Resultados: Características basales. Grupo EI no grave (N13) vs EI grave (N15): sin diferencias en sexo, HTA, triglicéridos, edad donante, T° isquemia, rechazo agudo y reactivación CMV. Diferencias p < 0,05: glucemia mg/dL (89,8 ± 19 no grave vs 113,6 ± 37 severo), colesterol mg/dL (215,2 ± 55 vs 172,9 ± 18), T° post-TXC meses (27,9 ± 27 vs 41,1 ± 34) y EVI angiográfica (0 vs 20%). Coronariografía Vs OCT: Sensibilidad = 30%, Especificidad = 100% para detectar EI grave. No se observan eventos adversos tras OCT. Contraste usado 14-32 cc. Buena variabilidad interobservador: correlación intraclase MIT 0,95 (IC95% 0,87-0,98) y MLA 0,99 (IC95% 0,99-1,00). MIT EI no grave 0,27 ± 0,1 mm vs grave 0,78 ± 0,2 mm. MLA EI no grave 9,1 ± 2,5 mm² vs grave 9,1 ± 3,6 mm². 181 placas analizadas en total: tipo de placa y distribución –tabla-. Por distribución de placa tienen menores MIT y T° post-TXC las de < 180° (MIT 0,56 ± 0,2; T° Tx 25,3 ± 19,1) y > 180° concéntricas (MIT 0,62 ± 0,2; T° Tx 0,6 ± 0,2) frente a placas > de 180° excéntricas (MIT 0,81 ± 0,2; T° Tx 44,4 ± 32,9) (p < 0,05). Por composición de placa: las calcificadas tienen mayor tiempo post-TXC (60,3 ± 0,5), más triglicéridos que el resto (p < 0,05). La hiperplasia y la placa fibrosa sin diferencias, salvo MIT. Si existe placa, mayor MLA vs normales (4,6 ± 0,62 mm²; p < 0,05, con hiperplasia, fibrosa y fibroateroma).

Análisis de placas por OCT

Tipo de placa	EI no grave (68)	EI grave (100)
Normal	7 (10,3%)	0 (0%)

Fibroateroma	1 (1,5%)	4 (4%)
Fibrocalcificada	0 (0%)	3 (3%)
Fibrolipídica	1 (1,5%)	24 (24%)
Fibrosa	18 (26,5%)	68 (68%)
Hiperplasia	41 (60,3%)	1 (1%)
Distribución placa	EI no grave (34)	EI grave (100)
Mayor 180_Concéntrica	13 (38,2%)	20 (20%)
Mayor 180_Excéntrica	4 (11,8%)	51 (51%)
Menor 180°	17 (50%)	29 (29%)
Análisis de placas según el tipo y su distribución en función de los grupos EI no grave y grave.		

Conclusiones: La OCT es una técnica fiable, segura que permite diagnóstico precoz de EVI y la caracterización de placas y EI. El mayor MLA sugiere remodelado positivo cuando hay enfermedad por OCT.