



5030-8. ¿PUEDE UN VALOR DE PD/PA TRAS ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE NO IÓNICO INTRACORONARIO, DESCARTAR UNA RESERVA FRACCIONAL DE FLUJO SIGNIFICATIVA (? 0,80) CON ADENOSINA? ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Roberto Martín-Reyes¹, Juan Antonio Franco Peláez¹, José María de la Torre Hernández², Ramón López Palop³, Miren Tellería Arrieta⁴, Ignacio Amat Santos⁵, Ángel Sánchez Recalde⁶ y Salvatore Brugaletta⁷ del ¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), ³Hospital Universitario de San Juan, Alicante, ⁴Policlínica Gipuzkoa, San Sebastian, ⁵Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ⁶Hospital Universitario La Paz, Madrid y ⁷Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La valoración funcional de una estenosis coronaria se realiza mediante la medición de la reserva fraccional de flujo (RFF) en condición de hiperemia máxima (adenosina). Estudios recientes han tratado de encontrar una correlación entre los diferentes parámetros (IFR, Pd/Pa basal) que no requieren la utilización de adenosina y la RFF. Nuestro objetivo fue investigar la relación entre la RFF y el valor de Pd/Pa obtenido justo después de la infusión de contraste no iónico (Pd/Pa-CNI) y determinar si este parámetro mejora la precisión de diagnóstico para descartar una RFF significativa en comparación con el Pd/Pa basal.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico prospectivo que incluyó 328 conjuntos de datos de cables de presión consecutivas (261 pacientes) que presentaban lesiones coronarias intermedias (30 a 70% por estimación QCA). Se recogieron datos demográficos, datos hemodinámicos y de las características angiográficas de las lesiones. Se estableció un protocolo común, de tal forma que se recogieron en todos los pacientes los siguientes datos; Pd/Pa basal, Pd/Pa-CNI tras administración de un bolo de 6 mL de contraste no iónico y RFF tras adenosina intravenosa (iv) en infusión continua (140 mg/kg/min) o después de adenosina intracoronaria (ic) (? 360 ?g en el sistema de izquierda y ? 90 ?g en la arteria coronaria derecha).

Resultados: Pd/Pa basal fue 0,72 a 1,0 ($0,93 \pm 0,04$), Pd/Pa-CNI fue 0,68 a 1,0 ($0,90 \pm 0,06$) y el valor de la RFF después adenosina iv o ic 0,55-1,0 ($0,83 \pm 0,08$). Las curvas ROC para Pd/Pa basal y para Pd/Pa-CNI, utilizando un RFF ? 0,80 como referencia variable estándar mostraron una AUC de 0,88 (IC95% = 0,84 a 0,92; $p < 0,001$) y 0,92 (IC95% = 0,88-0,94, $p < 0,001$), respectivamente. Los valores de corte óptimos para Pd/Pa basal y Pd/Pa-CNI para la predicción de una RFF > 0,80, fueron > 0,96 y > 0,90 respectivamente. Estos valores estaban presentes en un 30,4% ($n = 100$) y un 42,0% ($n = 138$), del total de datos.

Conclusiones: El Pd/Pa-CNI muestra una buena correlación con la RFF en las lesiones coronarias intermedias, incluso mejor que con el Pd/Pa basal. El valor de corte de Pd/Pa-CNI > 0,90 tiene un excelente VPN y sensibilidad para descartar un RFF significativo, de tal forma que en casi la mitad (42%) de los pacientes podría evitarse la utilización de adenosina.