



7009-6. ADAPTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CORONARIOGRAFÍA NO INVASIVA PARA CRIBADO SISTEMÁTICO DE DISPLASIA FIBROMUSCULAR EN PACIENTES CON DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA NO ARTERIOSCLERÓTICA

Jesús Sánchez Vega, Carme Lozano Roca, Alejandro Vallecillo Torres, Juan E. Gutiérrez Allende, Rubén Guerrero Vara, José Alberto Hidalgo Pérez y Antonio José Barros Membrilla del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La disección coronaria espontánea no arteriosclerótica (DCENA) se asocia con la displasia fibromuscular de la media (DFM) por lo que se aconseja su cribado de forma sistemática. Junto con los patrones clásicos de DFM focal o difusa, pueden encontrarse aneurismas, tortuosidad y disecciones en diferentes territorios arteriales, sobre todo en carótidas y renales. La tomografía computarizada (TC) es la técnica de elección para este cribado. El artefacto de pulsatilidad arterial, el grosor de corte y la necesidad hacer diferentes adquisiciones son sus principales limitaciones. También es habitual revisar el remodelado coronario tras una DCENA mediante una coronariografía no invasiva (CNI) con TC multidetector (TCMD). Objetivo: estudiar la viabilidad de un protocolo de CNI con TCMD, ampliando el campo de exploración para realizar simultáneamente el cribado de DFM en pacientes post-DCENA (protocolo DCENA-TCMD).

Métodos: En un equipo Brilliance iCT-256 cortes de Philips se programó un campo de visión único desde la bifurcación carotídea a la cabeza del fémur con un protocolo de adquisición prospectiva sincronizada en fase diastólica del ECG, con control de frecuencia cardíaca (FC) inferior a 70 lpm, grosor de corte de 0,8 mm e intensidad de corriente a 250 mA. Se ajustó el KV y el contraste al índice de masa corporal (IMC). Se revisaron las coronarias, troncos supraórticos, arterias viscerales abdominales y eje ilio-femoral. Se estandarizaron los criterios radiológicos para valorar el engrosamiento y calcificación parietales, presencia de DFM difusa o focal, disección, dilatación y tortuosidad arteriales. 3 radiólogos y 1 cardiólogo realizaron el análisis de forma individual y consensuaron los hallazgos discrepantes.

Resultados: Se aplicó el protocolo a 14 pacientes con ritmo regular (13 mujeres, 12 con DCENA tratadas de forma conservadora). El tiempo medio entre el evento y la exploración fue de 43 días. Se detallan los parámetros de adquisición y los resultados en la tabla. Se tuvo que consensuar el grado de tortuosidad de la arteria esplénica en 9 casos y la presencia de DFM en una arteria renal. Se diagnosticó DFM difusa en 5 (36%) pacientes y la presencia de otras alteraciones vasculares en 10 (71%).

Parámetros de adquisición y resultados del protocolo DCENA-TCMD (n = 14)

Edad (media $\pm$ DE) (años)

47 $\pm$ 12

Peso (media $\pm$ DE) (Kg)	73 $\pm$ 13
Talla (media $\pm$ DE) (cm)	166 $\pm$ 6
IMC (media $\pm$ DE) (Kg/m ²)	26,5 $\pm$ 4,8
FC (media $\pm$ DE) (lpm)	62 $\pm$ 4
Uso de BB (n, %)	5 (36)
Volumen contraste (media $\pm$ DE) (ml)	84 $\pm$ 13
Velocidad infusión (media $\pm$ DE) (ml/s)	5,6 $\pm$ 0,5
Kv (media $\pm$ DE)	116 $\pm$ 8
DLP (mGy*cm)	1267 $\pm$ 392
Dosis efectiva (mSv)	18,3 $\pm$ 5
Nº <i>steps</i> para FOV programado	7,8 $\pm$ 1
Calidad del estudio buena (n)	12
Coronariografía no invasiva:	10
Remodelado completo	0
Cambios ateromatosos	0
DFM	1 (Cd)
Ectasia/aneurisma	5 (3DA, 5Cx, 3Cd)
Tortuosidad	

Cribado de DMF y otras anomalías:

DFM	5 (4 multivaso, 1 vertebral, 5 renales)
Cambios ateromatosos	3 (1 esplénica, 2 ilio-femorales)
Ectasia/aneurisma	9 (1 carótida, 1 renal, 3 esplénicas, 3 ilíacas)
Disección	2 (1 carótida, 1 mesentérica inferior)
Tortuosidad	10 (1 vertebral, 2 renales, 10 esplénicas, 2 hepáticas, 2 ilíacas)

IMC: índice de masa corporal; FC: frecuencia cardiaca; BB: bloqueadores beta; KV: kilovoltaje; DLP: producto dosis longitud; FOV: *field of view*; Cd: coronaria derecha; DA: coronaria descendente anterior; Cx: coronaria circunfleja.

Conclusiones: Adaptar un protocolo de CNI mediante TCMD para el estudio simultáneo del remodelado arterial coronario tras una DCENA y el cribado de DMF (protocolo DCEMA-TCMD), es viable.