



7009-14. VOLUMEN DE GRASA EPICÁRDICA Y ENFERMEDAD CORONARIA EVALUADA MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

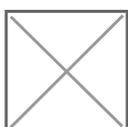
Marta Merelo Nicolás¹, Luciano Consuegra Sánchez¹, Eduardo Pinar Bermúdez², Lourdes Martínez Encarnación¹, Borja Merelo Nicolás², Samantha Wasniewski¹, José Carlos López Clemente¹, Ana Laura Valcárcel Amante¹, Ángela Fernández Costa¹, Luis Asensio Payà¹, José Abellán Huerta¹, Francisco Guillermo Clavel Ruipérez¹, Pablo Ramos Ruiz¹, Juan Antonio Castillo Moreno¹ y Federico Soria Arcos¹, del ¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: La tomografía computarizada cardiaca (cardio-TC) tiene su principal utilidad en el estudio de las arterias coronarias, siendo su mayor virtud el elevado valor predictivo negativo que presenta para el despistaje de enfermedad coronaria (EC). Utilizando el mismo protocolo podemos obtener otros marcadores de riesgo cardiovascular como el volumen de grasa epicárdica (VGE, mm³) o la escala de calcio coronario (CAC, unidades Agatston -UA-). Estudiamos la diferencia en el VGE en función de la presencia de EC definida mediante cardio-TC.

Métodos: Análisis observacional, retrospectivo y multicéntrico, de pacientes remitidos para Cardio-TC por despistaje de EC. Utilizando cortes axiales se midieron CAC y VGE (integral sumatoria de volúmenes planimetrados). Clasificamos la EC según sus estenosis [sin estenosis, estenosis no obstructivas (< 50%), ? 1 estenosis obstructiva (> 50%) en 1 vaso, y obstructiva multivaso]. Definimos EC como la presencia de cualquier estenosis obstructiva o CAC > 400 UA. Analizamos la diferencia de VGE en función de la presencia de EC mediante t-Student. Asimismo, realizamos 3 grupos en función de la EC por TC: Ausencia de placas coronarias (AP), placas no significativas (PNS), y EC (cualquier placa obstructiva o CAC > 400 UA). Para averiguar si existe relación entre estos grupos y el VGE, realizamos un ANOVA, y comprobamos la existencia de diferencias entre los grupos mediante un análisis *post hoc* (Bonferroni).

Resultados: Se incluyeron 179 pacientes, 42,5% mujeres y edad 56 ± 12 años. Un 57,5% eran hipertensos, 19,6% diabéticos, 59,8% dislipémicos y 44,1% fumadores/exfumadores, con IMC $28,80 \pm 4,85$ kg/m². El VGE medio fue $104,55 \pm 43,61$ cm³, y la mediana de CAC 10,00 [0,00-380,00] UA. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en el VGE en función de la existencia de EC ($130,67$ frente a $91,37$ cm³; p 0,001), así como en función del grado de enfermedad coronaria: $F(2,176) = 9,10$; p 0,001. El VGE fue desde $94,25 \pm 42,33$ cm³ en los pacientes con AP, a $100,80 \pm 44,78$ cm³ con PNS, y a $124,72 \pm 32,56$ cm³ en pacientes con criterios de EC. En el análisis *post hoc* objetivamos un mayor VGE en pacientes con EC con respecto a pacientes con PNS ($23,93$ cm³, IC95% [1,95-45,91]; p = 0,028), y con respecto a AP ($30,47$ cm³ [13,03-47,91], p 0,001).



Volumen total de grasa epicárdica por integral de sumatoria de volúmenes parciales planimetrados.

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes con EC definida por cardio-TC presentaron significativamente mayor VGE que aquellos sin EC.