Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 398

Revista Española de Cardiología

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

Marta Merelo Nicolás[1], Luciano Consuegra Sánchez[1], Eduardo Pinar Bermúdez[2], Lourdes Martínez Encarnación[1], Borja Merelo Nicolás[2], Samantha Wasniewski[1], José Carlos López Clemente[1], Ana Laura Valcárcel Amante[1], Ángela Fernández Costa[1], Luis Asensio Payà[1], José Abellán Huerta[1], Francisco Guillermo Clavel Ruipérez[1], Pablo Ramos Ruiz[1], Juan Antonio Castillo Moreno[1] y Federico Soria Arcos[1], del [1]Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y [2]Hospital 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, mm^3) 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 ± 4,85 kg/m^2. El VGE medio fue 104,55 ± 43,61 cm^3, 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 cm^3; 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 ± 42,33 cm^3 en los pacientes con AP, a 100,80 ± 44,78 cm^3 con PNS, y a 124,72 ± 32,56 cm^3 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 cm^3, IC95% [1,95-45,91]; p = 0,028), y con respecto a AP (30,47 cm^3 [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.