



5003-8. ANÁLISIS CUANTITATIVO Y TOPOGRÁFICO DE LA GRASA EPICÁRDICA EN VÍCTIMAS DE MUERTE SÚBITA CON ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA

Víctor Donoso Trenado¹, Víctor Pérez Roselló¹, Aitana Braza Boils², Pilar Molina Aguilar³, Jorge Sanz Sánchez¹, Josep Marí-Alexandre², Yolanda Abellán Pinar³, Jennifer Jiménez Sancho³, Juan Giner Blasco³, Luis Martínez Dolz¹ y Esther Zorio Grima¹, del ¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, ²Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia y ³Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: El aumento de la grasa epicárdica (GE) ha emergido como un nuevo factor de riesgo de enfermedad coronaria (EC). La cuantificación de su espesor (TAC o ecocardiografía) no se realiza rutinariamente ni hay puntos de corte establecidos como factor de riesgo o predictor de inestabilización de placas subyacentes. Nuestro objetivo fue el estudio sistemático de la grasa epicárdica en corazones de víctimas de muerte súbita (MS) cardiaca con lesiones coronarias significativas (estenosis > 75%).

Métodos: Incluimos 155 autopsias de víctimas de muerte súbita cardiaca por EC y 84 de controles con MS no debida a EC (38 MS no cardiaca y 46 MS cardiacas no isquémicas como miocarditis y miocardiopatías). Se recogieron datos disponibles del expediente forense, edad, sexo, el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia abdominal (CA), el patrón de enfermedad coronaria y parámetros analíticos *postmortem*. En el examen macroscópico se realizaron cortes perpendiculares cada 0,5 cm desde el ápex en paralelo al surco auriculoventricular (AV) y se registró el espesor máximo de GE en cada localización topográfica. La suma de estos espesores se nombró escala de GE y se consideró una estimación de la GE total en el corazón.

Resultados: Los pacientes presentaron más espesor de GE que los controles en diferentes localizaciones (tabla). Tras ajuste para edad, sexo, IMC y CA solo el espesor de GE en surco AV izquierdo y el surco interventricular (IV) anterior mantuvieron la significación estadística. Los máximos espesores se localizaron en los surcos AV derecho e izquierdo. El espesor de GE en cada localización correlacionó con la escala de GE ($r = 0,40-0,70$, p entre 0,001 y 0,018). El espesor de GE no mostró una correlación clínicamente relevante con parámetros antropométricos. La mejor área bajo la curva para discriminar a pacientes y controles se identificó para la escala de GE seguido del surco AV derecho y el surco IV anterior (figura). El punto de corte de 3,5 mm en esas localizaciones obtuvo una sensibilidad alta y una especificidad baja, al revés de lo sucedido para la cara anterior, lateral y posterior del VI.

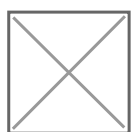
Parámetros descriptivos

EC (N = 155)	Controles (N = 84)	OR ^a , p; Exp(B), p ^b
--------------	--------------------	---

Lesiones coronarias > 75%	(N = 119)		
0 vasos	1%		
1 vaso	26%	-	-
2 vasos	33%		
3 vasos	40%		
Placa complicada	34% (N = 119)	-	-
Edad (años)	48,2 ± 7,2 (N = 155)	38,6 ± 11,5 (N = 84)	0,001; 1,2, 0,001
Varones	137 (88%) (N = 155)	58 (69%) (N = 84)	3,4, 0,001; 8,6, 0,005
	28,7 ± 5,4	26,5 ± 4,7	0,003
IMC (kg/m ²) > 30 kg/m ²	52/143 (36%) (N = 139)	13/73 (18%) (N = 72)	2,6, 0,005
CA (cm)	98,3 ± 14,3 (N = 144)	90,4 ± 11,9(N = 71)	0,001; 1,1, 0,008
Espesor de GE (mm) en:	(N = 130)	(N = 73)	
Pared anterior de VD	3,0 (2,0-5,0)	2,0 (1,0-4,0)	0,013
Pared lateral de VD	5,0 (4,0-8,0)	4,0 (3,0-6,0)	0,013
Pared posterior de VD	0,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-2,0)	0,842
Pared anterior de VI	2,0 (0,0-3,25)	1,0 (0,0-2,5)	0,003
Pared lateral de VI	1,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,070

Pared posterior de VI Surco AV derecho	0,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-2,0)	0,824
Surco AV izquierdo	15,0 (10,3-20,0)	12,0 (2,0-15,0)	0,001
Surco IV anterior	11,9 ± 4,8	9,7 ± 5,8	0,006; 0,8, 0,004
	9,9 ± 4,4	7,3 ± 4,5	0,001; 1,2, 0,026
Escala de GE (mm)	53,0 ± 18,2 (N = 130)	39,6 ± 16,1 (N = 73)	0,001
Parámetros plasmáticos:	(N = 125)	(N = 34)	
Colesterol total (mg/dl)	196,2 ± 55,7	164,6 ± 53,9	0,004
LDL-colesterol (mg/dl)	98,4 ± 47,1	80,5 ± 52,1	0,181
VLDL-colesterol (mg/dl)	82,9 ± 37,4	71,4 ± 22,1	0,088
HDL-colesterol (mg/dl)	36,7 ± 12,3	38,9 ± 12,8	0,347
Triglicéridos (mg/dl)	418,6 ± 188,5	357,8 ± 110,5	0,075
Lipoproteína (a) (mg/dl)	22,9 (6,7-50,4)	10,2 (4,3-36,9)	0,216
Lipoproteína (a) > 30 (mg/dl)	51/125 (40,8%)	12/34 (35,3%)	0,561
hs-PCR (U/l)	3,51 (1,5-8,0)	1,55 (0,49-3,63)	0,002

^aSolo para variables cualitativas con diferencias significativas. ^bModelo de regresión logística con parámetros con diferencias significativas en el univariado.



Capacidad predictiva de la GE en distintas localizaciones.

Conclusiones: La presencia de EC se asocia a mayor cantidad de GE. El espesor de GE presenta una buena capacidad discriminativa entre pacientes y controles. Su espesor es mayor en los surcos pero su especificidad es más alta sobre la pared libre del VI (cara anterior, lateral y posterior). ISCIII y FEDER. *Una forma de hacer Europa*. PI18/01582.