



6033-337. LIMITACIONES DE LA ANGIOGRAFÍA PARA DECIDIR LA REVASCULARIZACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO

Ramón López-Palop¹, M. Pilar Carrillo Sáez², M^a Araceli Frutos García², Alfonso Freites Esteves², Íñigo Lozano Martínez-Luengas³, Maria Juskova², Antonia Pomares Varó² y Amín Elamrani Rami²

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante (Alicante). ³Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: Decidir revascularizar el tronco coronario izquierdo (TCI) tiene importantes connotaciones pronósticas y terapéuticas. En la mayoría de los casos se basa en la estimación visual de la estenosis, con un punto de corte del 50%, recurriéndose al diagnóstico invasivo solo en casos dudosos. Se analiza la concordancia entre la estimación visual y la cuantificación digital de lesiones (QCA) en el TCI así como la repercusión funcional de la lesión medida invasivamente y la seguridad de diferir la revascularización en función del valor de la reserva fraccional de flujo (FFR) observado.

Métodos: Se incluyeron, retrospectivamente, los procedimientos estudiados con FFR por presencia de una estenosis en el TCI 40-70%. Dos operadores expertos realizaron una predicción de la significación de la lesión en base al angiograma, ciegos al valor del FFR. Se analiza la concordancia entre la estimación visual y el QCA con el valor del FFR, así como la seguridad de no revascularizar el TCI por presentar un FFR > 0,80.

Resultados: Se incluyeron 76 lesiones. Edad: 70,50 ± 9,8 años; varones: 73,7%; hipertensión arterial: 69,7%; diabetes: 34,2%; infarto previo: 21,1%. En el 45,3% se estudió el TCI como lesión no responsable de un síndrome coronario agudo. El TCI fue significativo en un 32,9% por QCA, 40,8% para el operador 1, 43,4% para el operador 2 y 48,7% según el FFR. Según el FFR, recibió tratamiento médico el 52,6% de las lesiones. La concordancia interobservador fue del 75% (kappa: 0,46; p 0,0005). La concordancia del QCA, del operador 1 y el operador 2 con el FFR fueron, respectivamente, del 55, 74 y 68%. Un 28% de lesiones > 50% no fueron funcionalmente significativas y un 45% de lesiones 50% lo fueron. La estimación visual falló en el 30% de los casos. La revascularización se evitó en el 44% de los casos con estenosis > 50% por QCA y en el 26% según la estimación visual. Con una mediana de seguimiento de 468 días (p25-75: 375-941) ningún paciente no revascularizado presentó muerte de origen cardiaco ni revascularización del TCI.

Índices diagnósticos de la estimación visual y la cuantificación digital tomando como referencia un valor de FFR > 0,80 (valor e intervalo de confianza 95%)

Sensibilidad

Especificidad

VPP

VPN

Concordancia

Operador 1	65% (49-80)	82% (70-94)	77% (63-92)	71% (58-84)	74%
Operador 2	62% (47-78)	69% (47-74)	55% (40-70)	67% (53-81)	68%
QCA > 50%	38% (22-53)	59% (37-63)	33% (19-48)	55% (41-69)	55%
QCA > 60%	8% (0-17)	97% (92-100)	75% (33-100)	53% (41-64)	54%

QCA59%, QCA60%:estenosis por diámetro > 50% y > 60% medida por cuantificación digital.

Conclusiones: La estimación visual de las lesiones no críticas del TCI difiere entre operadores en más de 25% y lleva a decisiones erróneas en un 30% de los casos. La decisión de no revascularizar en base al valor del FFR es segura. La valoración funcional invasiva debería ser la técnica de elección en las lesiones de TCI entre el 40-70%.