Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 622

Revista Española de Cardiología

6032-9. TAC DE CORONARIAS PARA PREDECIR EVENTOS CARDIOVASCULARES. ¿QUÉ APORTA RESPECTO A LAS ESCALAS DE RIESGO HABITUALES?

Amanda Leandro Barros[1], Juan Carlos Díaz Polanco[1], Azucena Sanz Barrio[1], Virginia Ponz Mir[1], Concepción Álvarez Sanz[2], Susana Novo Aparicio[2], Francisco Luquero Bachiller[1], Teresa Romero Delgado[1], Gema Ballesteros López[1], Jeny Gómez Delgado[1], Javier García-Pérez Velasco[1], Vanesa Bonilla Jiménez[1], M. Ángeles Cruz Díaz[2] y Alberto García Lledó[1]

[1]Servicio de Cardiología. y [2]Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La estimación de calcio coronario (CAC) y la demostración de placas coronarias en la angiografía coronaria no invasiva (CCTA) pueden predecir eventos cardiovasculares y aparecen en las guías como modificadores de riesgo. Hay dudas sobre su coste-efectividad y su utilidad clínica. Nuestro objetivo fue analizar su valor predictivo con respecto a las escalas validadas.

Métodos: De forma prospectiva, entre marzo de 2014 y septiembre de 2015, se reclutó a pacientes a los que se había indicado un CCTA en un único centro. Se excluyó a aquellos con enfermedad cardiovascular o clínica sugerente de síndrome coronario agudo, y a los que fueron revascularizados por los hallazgos del TAC. Se utilizó un TAC de 64 detectores (Brilliance; Philips, Países Bajos) para medir CAC y detectar placas de ateroma. Se estimó el riesgo mediante las escalas SCORE y Framingham. El estudio fue autorizado por el comité ético y se obtuvo consentimiento. Observadores clínicos ciegos a los hallazgos del TAC inicial han registrado los eventos cardiovasculares hasta abril de 2022.

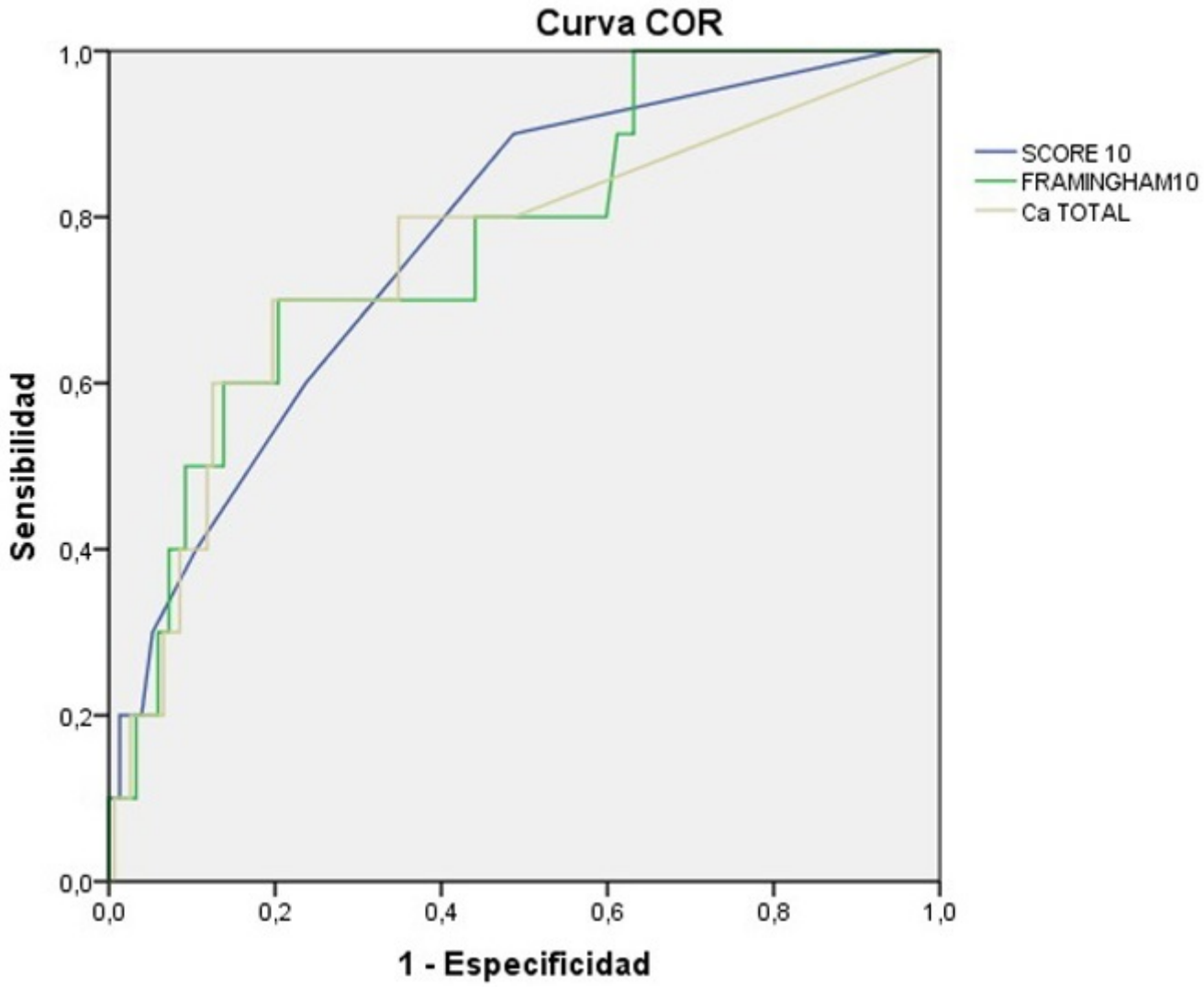
Resultados: Se incluyó a 164 pacientes, 31,5% varones, edad media de 60 ± 11 años y riesgo medio de eventos a 10 años de 11% (Framingham) y de muerte cardiovascular de 2,1% (SCORE). No se encontró calcificación coronaria en 81 casos, de los que 6 tuvieron placas de ateroma (7%). Se encontraron lesiones coronarias en 82 (50%), significativas en 24 de ellos (14,5%). En un seguimiento de 82+/-21 meses se han registrado 11 eventos: 1 muerte cardiovascular, 1 ictus, 6 síndromes coronarios agudos y 3 revascularizaciones no derivadas del TAC inicial. De los pacientes con eventos, 1 tenía coronarias normales (1,2%), frente a 10 con lesiones coronarias (12,3%, p = 0,004). Considerando el CAC, hubo eventos en 3 de 81 casos sin calcificación coronaria (3,7%) y en 8 de 74 con calcio detectable (9,8%, p = 0,11). El 33% de los pacientes con placas no calcificadas sufrió un evento (p = 0,11). Usando curvas COR, el CAC no mejoró a las escalas Framingham o SCORE para predecir eventos (fig. y tabla).

Área bajo las curvas COR

Variables de resultado de prueba	Área	Error estándar	Significación asintótica[a]	95% de intervalo de confianza asintótico

Límite inferior	Límite superior				
SCORE	0,772	0,073	0,004	0,629	0,915
Framingham 10	0,772	0,075	0,004	0,626	0,919
Calcio coronario	0,754	0,088	0,007	0,581	0,927

[a]Hipótesis nula: área verdadera = 0,5



Conclusiones: La determinación de CAC no mejora la predicción de eventos de las escalas de riesgo. Mientras que la ausencia de calcio coronario no excluye la posibilidad de eventos, la ausencia de lesiones coronarias en el TAC supone un riesgo muy bajo. Las placas no calcificadas podrían suponer un riesgo muy alto de sufrir eventos.