



## 6029-16. ANÁLISIS ANGIOGRÁFICO DE LA RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE ANGINA Y LOS CAMBIOS DE CALIBRE DEL ÁRBOL ARTERIAL CORONARIO EN PACIENTES SIN ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA

Alfonso Pérez Sánchez, Enrique Novo García, Alicia Castillo Sandoval, Borja Casas Sánchez, Claudio Torán Martínez, Mauricio Sebastián Davila Suconota, Jaime Manuel Benitez Peyrat, Rocío Angulo Llanos, Bernhard Seidelberger, Eva Díaz Caraballo, Cristina Llanos Guerrero, Itsaso Rodríguez Guinea, Nancy Giovanna Uribe Heredia, Jorge Baena Herrera y Javier Balaguer Recena

Hospital General Universitario de Guadalajara.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El abordaje radial ha expandido la indicación de coronariografías en pacientes con clínica de angor de esfuerzo típico, incluso sin test de isquemia o por hallazgo de enfermedad coronaria (EC) en la TAC coronaria. Nuestro objetivo es aclarar que factores anatómicos en la angiografía coronaria pueden explicar la angina en pacientes que no presentan estenosis coronarias significativas. Nuestra hipótesis inicial fue que la disminución en el calibre de los vasos, sin estenosis significativa angiográfica, puede causar cambios en la resistencia al flujo coronario por enfermedad coronaria difusa.

**Métodos:** Estudiamos 42 pacientes con coronariografía, sin test de isquemia, por presentar angor de esfuerzo típico; 19 sin EC (arterias coronarias lisas) y 23 con EC no significativa (estenosis 0,5 mm), en los percentiles 0, 25, 50, 75 y 100 de su trayecto, tras 200 ?g de nitroglicerina intracoronaria.

**Resultados:** No hubo diferencias en diámetros del TCI entre grupos. Medidas de DA y CX en tabla. En la CD, los diámetros en el grupo 2 fueron inferiores en todos los percentiles y en el promedio, respecto a los grupos 0 y 1, sin alcanzar significación estadística ( $0,05 > p 0,10$ ). La pérdida porcentual del calibre entre los percentiles 0-25 (vaso proximal) respecto a los percentiles 75-100 (vaso distal) fue superior en DA, respecto a los controles ( $37,4 \pm 11,1$ ), en los grupos 1 ( $43,0 \pm 13,4$  p 0,05) y 2 ( $42,8 \pm 11,6$  p 0,05), sin diferencias significativas en CX ni CD.

#### Medidas de descendente anterior y circunfleja

	Control (0)	Angor sin EC (1)	Angor EC 50% (2)	p ANOVA
DA 0	3,11 $\pm$ 0,40	2,89 $\pm$ 0,71	2,90 $\pm$ 0,62	ns
DA 25	2,45 $\pm$ 0,38	2,41 $\pm$ 0,46	2,40 $\pm$ 0,63	ns

DA 50	1,91 ± 0,34	1,86 ± 0,39	1,72 ± 0,46*	* p 0,05 vs 0
DA 75	1,51 ± 0,30*	1,34 ± 0,24	1,33 ± 0,39	*p 0 05 vs 1 y 2
DA 100	1,21 ± 0,28*	1,08 ± 0,29	1,04 ± 0,39	*p 0 05 vs 1 y 2
DA promedio	2,04 ± 0,28*	1,85 ± 0,36	1,83 ± 0,21	*p 0 05 vs 1 y 2
CX 0	2,87 ± 0,59	3,16 ± 0,59	2,67 ± 0,60*	*p 0 05 vs 0 y 1
CX 25	2,56 ± 0,72	2,87 ± 0,55	2,31 ± 0,72*	*p 0 05 vs 0 y 1
CX 50	2,22 ± 0,76	2,38 ± 0,64	1,96 ± 0,82*	*p 0 05 vs 0 y 1
CX 75	1,80 ± 0,76	1,95 ± 0,53	1,44 ± 0,71*	*p 0 05 vs 0 y 1
CX 100	1,31 ± 0,60	1,44 ± 0,43	1,07 ± 0,67*	*p 0 05 vs 0 y 1
CX promedio	2,15 ± 0,66	2,36 ± 0,43	1,88 ± 0,64*	*p 0 05 vs 0 y 1

CX: circunfleja. DA: descendente anterior. EC: enfermedad coronaria.

**Conclusiones:** En pacientes con angor sin EC se observa una pérdida de calibre en DA distal que no se observa en CX ni CD. Los diámetros son inferiores globalmente cuando hay EC no significativa, especialmente CX, si bien, en DA se afectan más los segmentos medio-distales.