



6016-5. ESTUDIO DEPORPLACA: CARACTERIZACIÓN DE LA PLACA DE ATEROMATOSIS EN DEPORTISTAS DE MODERADA-ALTA INTENSIDAD

María José Romero Castro, Samantha Wasniewski, Maximiliano Amado Escañuela, Patricia Barrios Martínez, Juan Fernández Cabeza, Isabel Rivera Molina, Belén Díaz Antón y Leticia Fernández Frieria

Hospital Universitario HM Montepríncipe, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Diversos estudios han valorado la presencia de ateromatosis en las arterias del deportista de alto nivel, concluyendo mayor prevalencia a expensas de placa calcificada. Nuestro objetivo es valorar la presencia, grado de gravedad y tipo de placa de ateromatosis en pacientes deportistas de moderada-alta intensidad (MIPA) de nuestra práctica diaria y compararla con pacientes no deportistas.

Métodos: Estudio de cohorte observacional, se incluyeron 102 individuos sin enfermedad cardiovascular conocida de 35 a 65 años de edad, que se realizaron angiografía por tomografía computarizada coronaria (CCTA) con y sin contraste por diferentes cuestiones clínicas. Deportista MIPA se definió como la actividad física realizada de ≥ 5 horas/semana durante ≥ 10 años. La puntuación de calcio coronario (CAC) se calculó mediante el método de Agatston y la caracterización de la placa se definió como placa de ateromatosis de alto riesgo si cumple al menos 1 de los 3 criterios siguientes: índice de remodelado positivo, atenuación baja ($< 50\%$). Los datos se analizaron con IBM SPSS Statistic 22.

Resultados: Se incluyeron 52 individuos MIPA (27% ciclistas y 25% corredores) y 50 controles. La indicación más frecuente fue el dolor atípico en ambos grupos, con una prevalencia pretest similar (tabla). Los MIPA presentaron una mejor alimentación valorada mediante cuestionario Predimed (11 vs 8 puntos; $p = 0,05$), pero tenían más antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de CAC ni de EC (MIPA 39 vs controles 56%; $p = 0,096$ y 64 vs 68%; $p = 0,449$, respectivamente), así como tampoco analizado por segmentos (tabla).

Resultados

	MIPA (n = 52)	Controles (n = 50)
Características basales		
Edad media, años \pm DE	49 \pm 8	52 \pm 8

Sexo masculino, n (%)	46 (88)	43 (86)
Horas de entrenamiento/semana, media \pm DE	6 \pm 2	2 \pm 2
MET, media \pm DE	14 \pm 3	11 \pm 3
Años de entrenamiento, media \pm DE	18 \pm 10	6 \pm 8
Factores de riesgo cardiovascular		
Puntuación Predimed (dieta)	11 \pm 1	8 \pm 2
Hipertensión arterial, n (%)	14 (27%)	13 (26%)
Dislipidemia	10 (19)	16 (32)
Diabetes, n (%)	1 (2)	4 (8)
Obesidad, n (%)	4 (8)	9 (18)
Fumador, n (%)	5 (10)	5 (10)
Exfumador, (%)	20 (39)	23 (47)
Historia familiar de CAD, n (%)	12 (24)	4 (9)
Probabilidad pretest de enfermedad coronarias (%)	12 \pm 9	11 \pm 10
Resultados CCTA		
Prevalencia de CAC, n (%)	20 (39%)	28 (56%)
Score CAC, media \pm DE	56 \pm 181	54 \pm 114
Prevalencia de EC, n (%)		

Prevalencia de EC significativa, n (%)	31 (61)	34 (68)
Total de segmentos analizados, n	9 (18)	7 (14)
N ^a de segmentos con EC significativa, n (%)	936	900
50-69%	7 (0,8)	5 (0,6)
> 70	4 (0,4)	2 (0,2)
Nº de segmentos con placas de alto riesgo, n (%)	10 (1)	6 (0,7)

Conclusiones: En nuestra población, no hubo diferencias entre la prevalencia, tipo de placa ni gravedad de EC entre deportistas y controles. Los deportistas de nuestra población tenían mejor alimentación, pero poseían más antecedentes de EC familiar precoz.