



## 5005-7. RENDIMIENTO DE LA INTRODUCCIÓN DEL ESTUDIO DE PERFUSIÓN DINÁMICA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Carlos González Freixa<sup>1</sup>, Francesc Altadill Balsells<sup>1</sup>, Lydia Bos Real<sup>1</sup>, Mario Salido Iniesta<sup>1</sup>, Juan Fernández Martínez<sup>1</sup>, Irene Menduiña Gallego<sup>1</sup>, Li Chi Hion<sup>1</sup>, Sandra Pujadas Olano<sup>1</sup>, Martín Descalzo Buey<sup>1</sup>, Rubén Leta Petracca<sup>1</sup> y David Vilades Medel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España y <sup>2</sup>Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Barcelona, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El estudio de perfusión dinámica por tomografía computarizada (PD-TC) representa una técnica innovadora que aporta información funcional complementaria al análisis anatómico en una única prueba no invasiva. El objetivo de este estudio es evaluar el rendimiento de la introducción de la PD-TC en el algoritmo diagnóstico de pacientes sintomáticos con sospecha de enfermedad arterial coronaria (EAC) o antecedente de síndrome coronario crónico (SCC).

**Métodos:** Realizamos un estudio observacional en un centro terciario español, comparando dos cohortes de pacientes sintomáticos con sospecha de EAC o antecedente de SCC. La primera (enero 2017-enero 2019) fue estudiada mediante TC, mientras que la segunda (abril 2021-mayo de 2023) incluyó la PD-TC en caso de EAC con puntuación CAD-RADS > 3 o segmentos coronarios no concluyentes. Las cohortes se emparejaron por género, prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y carga aterosclerótica según la puntuación CAD-RADS. Se analizó el número de pruebas funcionales (resonancia magnética cardíaca o ergometría) y coronariografías invasivas (CI) solicitadas, así como un compuesto de eventos cardiovasculares mayores: mortalidad cardiovascular, síndrome coronario agudo y necesidad de revascularización.

**Resultados:** Se incluyeron 204 pacientes (102 en cada cohorte) con un tiempo medio de seguimiento de  $22 \pm 7$  meses. La tabla resume sus características basales. Los pacientes de la segunda cohorte recibieron menos radiación ( $412 \pm 269$  mGy vs  $676 \pm 522$  mGy;  $p < 0,01$ ), pero más volumen de contraste ( $93,7 \pm 24,4$  mL vs  $75,9 \pm 15,4$  mL;  $p < 0,01$ ). En la segunda cohorte, se redujo en un 48% el número de pruebas funcionales adicionales solicitadas (23 vs 43% de los pacientes;  $p < 0,01$ ) y en un 42% el tiempo hasta la toma de una decisión respecto a la estrategia terapéutica (102 vs 60 días;  $p < 0,01$ ). El número de CI realizadas sin información funcional previa disminuyó en un 86,3% (9 vs 64%,  $p < 0,01$ ). No hubo diferencias significativas en el número total de CI realizadas (27 vs 33%;  $p = 0,36$ ) ni en la incidencia de eventos cardiovasculares mayores (24 vs 28%;  $p = 0,43$ ).

Características basales de los pacientes

Características basales	2017-2019 (n = 102)	2021-2023 (n = 102)	p

<b>Edad media-años</b>	68 ± 11,9	72 ± 9,4	0,02
<b>Sexo masculino -%</b>	71,6	71,6	1,00
<b>Hipertensión arterial -%</b>	57,9	74,5	0,01
<b>Dislipemia -%</b>	67,6	73,5	0,36
<b>Diabetes mellitus -%</b>	29,4	24,5	0,43
<b>Tabaquismo -%</b>	54,9	40,2	0,04
<b>Índice masa corporal-kg/m<sup>2</sup></b>	26,9 ± 3,7	27,5 ± 3,1	0,15
<b>Riesgo pretest EAC -%</b>	25,3 ± 13,6	31,1 ± 11	0,01
<b>Síndrome coronario crónico -%</b>	15,7	36,3	0,01
<b>CAD-RADS</b>	2,9 ± 1,6	2,9 ± 1,6	0,74

**Conclusiones:** En nuestro centro, la incorporación de la PD-TC en el estudio de pacientes sintomáticos con sospecha de EAC o antecedente de SCC ha permitido simplificar y acortar el proceso diagnóstico sin incrementar el número de CI solicitadas ni la incidencia de eventos cardiovasculares mayores.