



5009-7. PREDICTORES ANGIOGRÁFICOS SENCILLOS DE LA CAUSA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DE ST SIN ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA. UN TIEMPO TRÁNSITO DE FLUJO EN DESCENDENTE ANTERIOR MAYOR DE 2 SEGUNDOS SUGIERE ORIGEN MICROCIRCULATORIO

Borja Casas Sánchez, Enrique Novo García, Mónica Morales Giráldez, Alfonso Pérez Sánchez, Mauricio Sebastián Dávila Suconota, Elisa Gonzalo Alcalde, Rocío Angulo Llanos, Jaime Manuel Benítez Peyrat, Ramón Arroyo Espliguero, Jorge Baena Herrera, Nancy Giovanna Uribe Heredia, Alicia Castillo Sandoval, M.M. de los Reyes Oliva Encabo, Miguel Ángel San Martín Gómez y Javier Balaguer Recena

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Actualmente se someten a coronariografía casi todos los pacientes con sospecha clínica de síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST). En ausencia de enfermedad coronaria grave (ECS) no sabemos si la causa es una alteración de la circulación epicárdica o en la microcirculación. Nuestro objetivo es analizar en la angiografía patrones sencillos del flujo coronario que predigan el mecanismo causante del SCASEST. En ausencia de situaciones de demanda de flujo coronario anómalas un aumento de la velocidad de flujo epicárdico sugeriría enfermedad epicárdica y su disminución mayores resistencias microcirculatorias.

Métodos: Analizamos la coronariografía de 68 pacientes diagnosticados de SCASEST (sospecha clínica + elevación usTnI) sin ECS y 20 controles sin SCASEST (baja sospecha clínica sin elevación de usTnI) ni ECS. Dividimos los pacientes con SCASEST: Grupo 1 (38 pacientes) con presencia inequívoca de enfermedad coronaria epicárdica (estenosis coronaria 50% y/o calcificaciones graves en angiografía o TAC coronario) o grupo 2 (30 pacientes) sin enfermedad coronaria (coronarias lisas sin estenosis ni calcificaciones en angiografía y/o TAC coronario). Se analizó en arteria descendente anterior (DA) el tiempo de circulación epicárdica por el recuento de imágenes (TIMI Frame Count o TFC a 15 fps) desde el inicio del relleno del vaso hasta la última bifurcación distal donde el calibre del vaso principal es 1 mm. La longitud del vaso medida con QCA permitió calcular la velocidad de flujo (mm/s). Analizamos la reserva de velocidad de flujo como ratio de TFC basal y tras infusión de adenosina i.c. (300 µg). Se analizaron la frecuencia cardiaca y presión arterial media durante angiografía.

Resultados: Analizamos diferencias por grupos (tabla). En DA un TFC > 30 fr (2 s) o una velocidad de flujo 50 mm/s tienen una sensibilidad del 60% y 68%, especificidad 83% y 87%, VP(+) 48% y 54% y VP(-) 90% y 95% respectivamente para identificar un SCASEST sin EC. Una reserva de velocidad de flujo 1,70 tiene una sensibilidad 69%, especificidad 81%, VP(+) 66% y VP(-) 76% para identificar SCASEST con EC.

	Grupo control	Grupo 1 SCASEST	Grupo 2 SCASEST

TFC DA (<i>frames</i>)	25,7 ± 8,7	25,8 ± 9,6	30,7 ± 9,0*
Velocidad de flujo DA mm/s	68,6 ± 20,7	73,5 ± 21,3	47,5 ± 11,1*
Reserva vel. flujo en DA	1,96 ± 0,71	1,59 ± 0,51†	2,16 ± 1,01
Frecuencia cardiaca	72,3 ± 11,8	74,5 ± 16,7	76,0 ± 16,8
Presión arterial media	91,7 ± 13,4	92,6 ± 14,5	94,4 ± 14,5

*p 0,01 vs 1 y 2; †p 0,05 vs 1 y 3.

Conclusiones: Un tiempo de tránsito coronario alargado (> 2 seg) o velocidad de flujo epicárdico disminuida (50 mm/s) en DA sugieren que el SCASEST no se asocia a EC epicárdica y su origen sea probablemente microcirculatorio. Una reserva de velocidad de flujo 1,70 sugiere relación con EC epicárdica.