Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 1080

Revista Española de Cardiología

6061-388. IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CARDIACA CON PERFUSIÓN MIOCÁRDICA DINÁMICA: BÚSQUEDA DE VALORES DE CORTE EN PACIENTES SINTOMÁTICOS CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA O SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO

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

[1]Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España y [2]Cardiología. Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La perfusión miocárdica dinámica por tomografía computarizada (PD-TC) añade información funcional a los estudios anatómicos. No existe suficiente evidencia sobre los valores de corte estandarizados para determinar la gravedad de los defectos de perfusión y su potencial impacto pronóstico. El objetivo del estudio es establecer valores de corte para evaluar la gravedad de los defectos de perfusión mediante PD-TC en pacientes sintomáticos con sospecha de enfermedad arterial coronaria (EAC) o de síndrome coronario crónico (SCC).

Métodos: Estudio observacional prospectivo y unicéntrico con pacientes sometidos a tomografía computarizada cardiaca (TCC) entre abril de 2021 y del 2023, con PD-TC realizada en caso de CAD-RADS > 3 o presencia de segmentos coronarios no concluyentes. Se empleó un valor de flujo sanguíneo miocárdico # 25% de extensión). Se evaluó el impacto pronóstico mediante un compuesto de eventos cardiovasculares mayores (MACE): mortalidad cardiovascular, síndrome coronario agudo y necesidad de revascularización.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes seguidos una media de 22 ± 7 meses. Se realizó PD-TC en 56, siendo positivo en el 77% de ellos. Los pacientes sometidos a PD-TC tenían alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, el 50% antecedentes de SCC y el riesgo preprueba de EAC en pacientes sin SCC fue del 35 ± 11%. El CAD-RADS promedio fue de 3,9 ± 1, con un *Segment Involvement Score* (SIS) promedio de 8,4 ± 2,9 y un *Segment Stenosis Score* (SSS) promedio de 9 ± 5,6. La presencia de un defecto de perfusión significativo se asoció con una mayor incidencia de cateterismos cardiacos y MACE en comparación con los pacientes sin defecto de perfusión o leve-moderado (tabla).

Relación entre la extensión del defecto de perfusión y los eventos mayores cardiovasculares

Extensión del defecto de perfusión miocárdica	**Sin defecto: 0 segmentos (0%) (n = 13)**	**Defecto leve-moderado: 1-4 segmentos (1-25%) (n = 17)**	**Defecto significativo: 5 o más segmentos (> 25%) (n = 25)**	**p**
Cateterismos cardiacos, número (%)	2 (15,4)	9 (52,9)	20 (80)	0,01
Revascularización coronaria percutánea, número (%)	0 (0)	6 (35,3)	13 (52)	0,01
Revascularización coronaria quirúrgica, número (%)	0 (0)	0 (0)	7 (28)	0,01
Síndrome coronario agudo, número (%)	1 (7,7)	0 (0)	5 (20)	0,09
Mortalidad cardiovascular, número (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1
Compuesto de eventos mayores cardiovasculares, número (%)	1 (7,7)	6 (35,3)	25 (100)	0,01

Conclusiones: En nuestra cohorte, la identificación y extensión de un defecto de perfusión en PD-TC se asoció con una mayor incidencia de MACE. Los pacientes con un defecto de perfusión extenso (> 5 segmentos afectados) presentaron el peor pronóstico, si bien no observamos ninguna muerte cardiovascular durante el seguimiento.