



6. PATRÓN DIFERENCIAL DE LAS RESISTENCIAS DEL ÁRBOL CORONARIO, ENTRE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA ISQUÉMICA FRENTE A NO ISQUÉMICA

Alfonso Pérez Sánchez, Enrique Novo García, Alicia Castillo Sandoval, Borja Casas Sánchez, Mauricio Sebastián Dávila Suconota, Rocío Angulo Llanos, Jaime Manuel Benítez Peyrat, Claudio Torán Martínez, Antonio Manuel Rojas González, Jorge Baena Herrera, Ramón Arroyo Espliguero, María C. Viana Llamas, César Rainer Solórzano Guillén, Nancy Giovanna Uribe Heredia y Javier Balaguer Recena

Cardiología. Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con miocardiopatía dilatada (MCD) se someten a coronariografía para confirmar enfermedad coronaria (EC) grave que confirme la etiología isquémica y para revascularización. En muchos pacientes sin estenosis coronarias severas (> 50%), existen datos (TAC coronario, RMN, pruebas isotópicas) que sugieren origen isquémico. Creemos que estos pacientes con datos de MCD isquémica, a veces, no demostrada en coronariografía, tienen una disminución del flujo coronario por enfermedad del árbol coronario, que aumenta las resistencias al flujo. Nuestro objetivo es analizar si las resistencias del flujo coronario izquierdo, valoradas a través de la angiografía coronaria, diferencian a los pacientes con MCD isquémica, de los de etiología no isquémica.

Métodos: Estudiamos 39 pacientes con MCD y disfunción ventricular izquierda (DVI) grave (FEVI 35%) y 15 pacientes, controles, sin DVI ni EC. Los pacientes con MCD se dividieron en dos grupos: MCD isquémica, 23, (angiografía, TAC, RMN o prueba isotópica) y MCD no isquémica, 16, sin los criterios anteriores y con causas de DVI no isquémica. Mediante coronariografía se analizó la presencia de EC y las resistencias al flujo coronario izquierdo. Para ello, se estudió el flujo coronario, a partir del diámetro medio de la descendente anterior (DA) y circunfleja (CX), y su velocidad de flujo, obtenidos con un sistema automático de QCA RAINMED. Posteriormente, se calcularon las resistencias coronarias, como el cociente de la presión aórtica media (mmHg)/flujo coronario (mm³/s), en DA, en CX y de forma global en la coronaria izquierda (CI). Las medidas se realizaron basalmente y en hiperemia máxima, inducida por adenosina ic (300 ?g).

Resultados: Se encontraron las siguientes diferencias en resistencias (mmHg × s/mm³) (tabla): los pacientes controles tienen una reserva hiperémica de la coronaria izquierda superior, 1,78, vs a los pacientes MCD no isquémica, 1,42, p 0,05 y vs a los pacientes MCD isquémica, 1,21, p 0,01, siendo la diferencia entre MCD no isquémica e isquémica significativa (p 0,05).

Resultados

	Controles (1)	MCDNI (2)	p	MCDI (3)	p
Resist. basales DA	0,407 ± 0,196	0,227 ± 0,100	*	0,298 ± 0,118	**
Resist. basales CX	0,411 ± 0,179	0,167 ± 0,054	*	0,485 ± 0,268	**
Resist. basales CI global	0,180 ± 0,038	0,095 ± 0,035	*	0,168 ± 0,080	**
Resist. hiperemia DA	0,214 ± 0,096	0,166 ± 0,075	*	0,245 ± 0,122	**
Resist. hiperemia CX	0,240 ± 0,122	0,122 ± 0,052	*	0,464 ± 0,296	*y**
Resist. hiperemia CI global	0,101 ± 0,033	0,067 ± 0,035	*	0,139 ± 0,087	*y**

*p 0,05 vs 1; **p 0,05 vs 2. CI: coronaria Izquierda; CX: circunfleja; DA: descendente anterior; MCDI: miocardiopatía dilatada isquémica; MCDNI: miocardiopatía dilatada no isquémica.

Conclusiones: Las resistencias coronarias en pacientes con MCD no isquémica son inferiores basalmente, e incluso en hiperemia, respecto a controles y, especialmente, frente a pacientes con MCD isquémica. Los pacientes con MCD isquémica tienen resistencias aumentadas en hiperemia, respecto a los controles, con una reserva vasodilatadora disminuida.