



6029-15. RELACIÓN DE LA RESERVA DE FLUJO CORONARIO EPICÁRDICO VALORADA POR ANGIOGRAFÍA MEDIANTE 2 MÉTODOS, MANUAL Y AUTOMÁTICO, CON LA GRAVEDAD DE LAS ESTENOSIS CORONARIAS Y LA RESERVA FRACCIONAL DE FLUJO INVASIVA

Borja Casas Sánchez, Enrique Novo García, Alfonso Pérez Sánchez, Alicia Castillo Sandoval, Claudio Torán Martínez, Mauricio Sebastián Davila Suconota, Bernhard Seidelberger, Rocío Angulo Llanos, Jaime Manuel Benítez Peyrat, Eva Díaz Caraballo, Cristina Llanos Guerrero, M. Eulalia Jiménez Martínez, Itsaso Rodríguez Guinea, Cristina Aguilera Agudo y Javier Balaguer Recena

Hospital General Universitario de Guadalajara.

Resumen

Introducción y objetivos: La reserva de flujo coronario (RFC) está influido principalmente por la resistencia al flujo coronario epicárdico y, por tanto, es un marcador de la gravedad de las estenosis coronarias. Su valoración invasiva con guías de flujo limita su uso en la práctica clínica. Podemos aproximarnos a la RFC mediante indicadores angiográficos del flujo coronario epicárdico. Su valoración manual se puede aproximar con la medida del tiempo de tránsito epicárdico mediante el índice TIMI Frame Count (TFC), que se acorta en hiperemia proporcionalmente al aumento de la velocidad del flujo epicárdico. Igualmente, la velocidad del flujo coronario se puede calcular automáticamente mediante *software* de análisis de reserva fraccional de flujo angiográfico. Objetivo: correlacionar la RFC angiográfica con la gravedad de las estenosis coronarias.

Métodos: Estudiamos 23 lesiones en 18 pacientes, en las que cuantificamos la gravedad de estenosis angiográfica automáticamente (QCA) y la repercusión funcional con guía de presión mediante la reserva de fraccional de flujo (FFR). La RFC se calculó manualmente (RFCm) por el cociente del recuento TFC basal respecto al TFC en hiperemia con adenosina intracoronaria (la longitud coronaria es igual en ambas medidas) contando desde el origen del vaso estudiado hasta el relleno del ramo más distal visible. La RFC automática (RFCa) se midió mediante *software* utilizado para valorar la FFR derivada de angiografía coronaria (caFFR) como el cociente de velocidad de flujo (Vflow) hiperemia/basal.

Resultados: Se analizó la diferencia de las RFC entre pacientes según gravedad estenosis QCA (> 50%) y FFR (0,80) (tabla). Se encontró una correlación significativa del FFR con el RFCm ($r = 0,72$ $p = .001$) y RFCa ($r = 0,67$ $p = 0,003$).

	Estenosis coronaria QCA		FFR	
	50%	> 50%	> 0,80	0,80
TFC basal	22,05 ± 7,25	15,12 ± 5,43	24,13 ± 9,52	13,74 ± 6,68

VFlow basal mm/s	118,2 ± 36,2	140,2 ± 68,9	123,7 ± 38,1	148,6 ± 53,7
RFCm	2,26 ± 0,83	1,65 ± 0,30*	2,19 ± 0,72	1,41 ± 0,38*
RFCa	2,17 ± 0,81	1,50 ± 0,53*	2,05 ± 0,72	1,15 ± 0,56*

*p 0,05.

Conclusiones: La RFC calculada tanto manual como automáticamente predicen la gravedad de las estenosis coronarias angiográfica y funcionalmente.