



6029-14. RELACIÓN DEL ÁNGOR EN PACIENTES SIN ESTENOSIS CORONARIAS SIGNIFICATIVAS CON LA LONGITUD Y EL VOLUMEN LUMINAL DE LOS VASOS CORONARIOS

Borja Casas Sánchez, Enrique Novo García, Alfonso Pérez Sánchez, Alicia Castillo Sandoval, Mauricio Sebastián Davila Suconota, Claudio Torán Martínez, Rocío Angulo Llanos, Jaime Manuel Benítez Peyrat, Bernhard Seidelberger, Nancy Giovanna Uribe Heredia, M. Eulalia Jiménez Martínez, Cristina Llanos Guerrero, Eva Díaz Caraballo, Jorge Baena Herrera y Javier Balaguer Recena

Hospital General Universitario de Guadalajara.

Resumen

Introducción y objetivos: La ausencia de enfermedad coronaria significativa (ECS) es cada vez más frecuente en pacientes remitidos a coronariografía con angor típico de esfuerzo (INOCA) o con cuadros isquémicos agudos con daño miocárdico (MINOCA). Hipótesis: creemos que en estos casos una enfermedad coronaria (EC) difusa de vasos epicárdicos aumentaría la resistencia epicárdica provocando isquemia. Una manera indirecta de medir este mayor volumen de placa coronario sería medir el volumen luminal coronario. Objetivo: confirmar que longitud, diámetro y volumen de los vasos epicárdicos son factores predictores de isquemia en pacientes sin ECS angiográfica.

Métodos: Analizamos 48 pacientes diagnosticados de síndromes isquémicos (31 INOCA y 17 MINOCA) y 14 controles sin isquemia sometidos a coronariografía sin encontrar ECS (no estenosis > 50% diámetro referencia). Mediante cuantificación coronaria automática (QCA) se analizó la longitud de los 3 vasos principales coronarios -descendente anterior (DA), circunfleja (CX) y coronaria derecha (CD)- desde su origen hasta el punto donde el calibre cae debajo de 1 mm y el diámetro medio (DM) en ambos puntos y en los percentiles intermedios 25, 50 y 75. De ambos se derivaría un índice luminal volumétrico (ILV) de cada vaso epicárdico simulando conos truncados $ILV = longitud \times ? \times (DM/2)^2$. Las proyecciones para el análisis según el vaso fueron aproximadamente DA (20° cráneo-derecha), CX (10° caudo-derecha) y CD (30° izquierda-10° cráneo), ajustando para seleccionar la imagen donde el trayecto y bordes se definieran de manera óptima.

Resultados: De los pacientes isquémicos, 18 no presentaban lesiones coronarias (paredes lisas) y 30 enfermedad coronaria (EC) no significativa (placas con estenosis 50%). Se analizaron las diferencias que se observan en la tabla.

	Controles (1)	Isquemia no EC (2)	Isquemia EC 50% (3)	p ANOVA
Longitud DA mm	124,2 ± 15,0*	111,2 ± 20,2	109,1 ± 18,1	p 0,05 vs 2/3

Longitud CX mm	99,1 ± 17,0	99,5 ± 28,5	97,4 ± 27,3	ns
Longitud CD mm	140,0 ± 12,0	145,2 ± 14,5	125,0 ± 21,4*	p 0,05 vs 1/2
DM DA mm	2,06 ± 0,26*	1,84 ± 0,33	1,82 ± 0,23	p 0,05 vs 2/3
DM CX mm	2,17 ± 0,63	2,33 ± 0,42	1,91 ± 0,61*	p 0,05 vs 2
DM CD mm	2,75 ± 0,42	2,77 ± 0,74	2,42 ± 0,60*	p 0,05 vs 1/2
IVL DA mm ³	423,7 ± 169,9*	335,6 ± 132,8	324,1 ± 192,1	p 0,05 vs 2/3
IVL CX mm ³	398,1 ± 292,6	460,1 ± 230,9	273,4 ± 229,7*	p 0,05 vs 2
IVL CD mm ³	813,8 ± 240,4	945,2 ± 620,4	698,9 ± 353,3	ns

Conclusiones: La presencia de isquemia se relaciona con diámetros medios menores en todos los vasos coronarios y con una longitud menor sobre todo en la arteria DA y CD. Esto se debe probablemente a que presentan volúmenes lumbinales menores que indirectamente sugieren mayores volúmenes de placa en la pared en pacientes con EC. En pacientes con angor sin EC aparente se producen los mismos hallazgos, pero solo en la arteria DA.