Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 185

Revista Española de Cardiología

6002-63. UTILIDAD DEL SCORE DE CALCIO POR TC MULTICORTE EN LA INDICACIÓN DE ATERECTOMÍA ROTACIONAL EN PACIENTES CON LESIONES CORONARIAS CALCIFICADAS

Guillermo Galeote García, Pablo Salinas Sanguino, Raúl Moreno Gómez, Ángel Sánchez Recalde, Santiago Jiménez-Valero, Luis Calvo Orbe, Gabriela Guzmán Martínez y José Luis López-Sendón del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Antecedentes y objetivos: Actualmente no existe ningún método que antes de realizar la ICP muestre que una lesión coronaria calcificada por fluoroscopia va a ser incruzable o indilatable y por tanto subsidiaria de tratamiento con técnicas específicas como la aterectomía rotacional (AR). El objetivo de este estudio es analizar si el score de calcio cuantificado con el método Agatston por TC (64 detectores) multicorte tiene utilidad en predecir si una determinada lesión va a ser incruzable o indilatable.

Métodos: A 19 p con una edad media de 72 años remitidos a hemodinámica por cardiopatía isquémica y estenosis coronaria severa por estimación visual en al menos un vaso principal, presencia de calcio en la fluoroscopia e indicación de ICP se les realizó mediante el equipo TC-64 multidetector, un estudio cuantificando con el método de Agatston el score calcio total y el score calcio del vaso y del segmento a tratar por ICP, así como el volumen de calcio global. A continuación se programó ICP: primero se intentó un primer cruce de la lesión con balones semicompliantes con una relación de 0,8:1 con respecto al diámetro de referencia del vaso a tratar. Si el balón cruzaba se realizó una dilatación hasta la presión determinada por el fabricante de ruptura, si el balón hacía efecto de “hueso de perro” (lesión indilatable) se realizó AR.

Resultados: El riesgo para ICP era intermedio con un syntax score medio de 26. El segmento a tratar estaba en la ADA en el 63,1% de los p. La longitud media del segmento a tratar fue de 37 mm. Todos los p excepto uno tenían afectación multivaso. No se pudo cruzar o dilatar la lesión en 12 p y se realizó aterectomía rotacional (grupo rota), en los 7 restantes se hizo ICP convencional (grupo balón). Hubo 2 complicaciones en el grupo rota, una perforación coronaria y una disección coronaria que fue enviado de forma programada a cirugía coronaria. No hubo diferencias significativas en las características basales en ambos grupos, si las hubo en algunos de los parámetros analizados por TC mediante el Agatston (tabla).

Conclusiones: Las lesiones coronarias calcificadas que pueden ser incruzables o indilatables se pueden predecir cuantificando con el método Agatston por segmento a tratar, anticipando la necesidad de realizar técnicas específicas como la aterectomía rotacional.