



4014-3. DIAGNÓSTICO NO INVASIVO DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR ISQUÉMICA CON TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA. COMPARACIÓN CON EL CATETERISMO Y LA RESONANCIA MAGNÉTICA

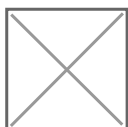
Jordi Estornell Erill, Óscar Fabregat Andrés, Mónica Ferrando Beltrán, Begoña Igual Muñoz, José Vicente Monmeneu Menadas, Rafael Romaguera Torres, Juan Vicente Vilar Herrero y Francisco Ridocci Soriano de la Unidad de Imagen Cardíaca-ERESA, Valencia, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia y Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Evaluar la capacidad diagnóstica de la tomografía computarizada de 64 detectores combinando la información coronaria y tisular para identificar la disfunción ventricular izquierda (DSVI) de origen coronario.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva 40 pacientes consecutivos (24 hombres y 16 mujeres), edad media de 61 años (rango 39-85) con diagnóstico reciente de insuficiencia cardíaca y confirmación ecocardiográfica DSVI ($FE < 40\%$) con dilatación del ventrículo izquierdo (diámetro telediastólico $>$ percentil 95% en función de la superficie corporal) de origen no filiado. Todos los pacientes estaban en ritmo sinusal y hemodinámicamente estables. Se excluyeron aquellos pacientes con contraindicación formal para la administración de contraste yodado o para la realización de la resonancia magnética (RM). Todos fueron sometidos al estudio habitual con coronariografía invasiva y resonancia magnética con contraste clasificando a los pacientes en 4 grupos. G1: Pacientes con lesiones coronarias que cumplen los criterios propuestos por Felker et al para identificar DSVI isquémica (estenosis $> 75\%$ en tronco común o descendente anterior proximal o $= 2$ vasos) y con necrosis en la RM (realce tardío del gadolinio). G2: Sin criterios coronariográficos de DSVI isquémica y sin necrosis. G3: Sin criterios coronariográficos de DSVI isquémica y CON necrosis. G4: Con criterios coronariográficos de DSVI isquémica y sin necrosis. Los pacientes fueron clasificados en los mismos 4 grupos mediante tomografía computarizada combinando la información coronaria y tisular (realce tardío del yodo con patrón de necrosis).

Resultados: La sensibilidad y especificidad para identificar a los pacientes isquémicos por criterios coronariográficos y con necrosis (G1) fue del 92% (74-100%, IC95%) y del 100% (88-100%, IC95%) y para todos los pacientes coronarios por criterios coronariográficos con o sin necrosis (G1 y G4) del 100% (96-100, IC95%) y del 96% (87-100, IC95%) respectivamente. El único paciente “isquémico no reconocido”, es decir sin lesiones coronarias pero con necrosis, fue correctamente identificado por ambas técnicas.



Conclusiones: La TCMD permite combinar la información coronaria con la tisular miocárdica y es una alternativa válida a la aproximación diagnóstica habitual con el uso del cateterismo y la resonancia con contraste.