



4013-8. PERFUSIÓN MIOCÁRDICA DE REPOSO/ESTRÉS POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE 320 DETECTORES: ESTUDIO COMPARATIVO CON LA CARDIORESONANCIA MAGNÉTICA DE ESTRÉS

Martín Descalzo¹, Rubén Leta¹, Francesc Carreras¹, Xavier Alomar², Albert Teis², Alberto Hidalgo¹, Luis Segura² y Guillem Pons-Lladó¹ del ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona y ²Clínica Creu Blanca, Barcelona.

Resumen

Introducción: La angiografía coronaria por tomografía computarizada multidetector (angio-TCMD) ha demostrado excelente capacidad diagnóstica para descartar enfermedad coronaria (EC) así como adecuada sensibilidad en la detección de obstrucciones coronarias significativas (OCS). Por otra parte, tiene limitado valor en la determinación de la repercusión funcional de las lesiones. El objetivo de este estudio fue, evaluar la TCMD de reposo y estrés inducido por adenosina (TCMD-P) utilizando un sistema de 320-detectores en la detección de defectos de perfusión miocárdicos y compararlos con la cardio resonancia magnética de estrés (CRM) como técnica de referencia.

Métodos: Se incluyeron 34 pacientes sintomáticos con probabilidad de EC al menos intermedia o bien con EC documentada, remitidos para estudio de CRM de estrés y que aceptaron ser sometidos a angio-TCMD incluyendo TCMP-P en la misma sesión. Las imágenes de TCMD-P fueron analizadas cualitativamente por inspección visual y también semicuantitativamente, mediante análisis de la relación de perfusión transmural. En función de los resultados, los territorios miocárdicos correspondientes a cada arteria coronaria, fueron agruparon en: 1) normalmente perfundidos; 2) con isquemia inducible; 3) necróticos; 4) con inducción de isquemia perinecrosis.

Resultados: El hallazgo de OCS en la angio-TCMD mostró solo una modesta capacidad diagnóstica para detectar isquemia inducible en la CRM: al considerar un punto de corte de OCS > 70% en la angio-TCMD, los valores de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) para detectar isquemia inducible fueron 68%, 78%, 61% y 83% respectivamente. Al agregar al análisis de la anatomía coronaria los resultados de la TCMD-P la capacidad diagnóstica se incrementó, mostrando una S de 72%, E 84%, VPP 68% y VPN 87%. La mediana de dosis de radiación para el estudio completo de TCMD (angio-TCMD más TCMD-P) fue 8,3 mSv (IC95: 5,98-15,57).



Certeza diagnóstica de la TCMD vs CRM para la detección de defectos de perfusión isquémicos inducidos

Angio-TCMD vs CRM	Análisis por paciente	Análisis por territorio coronario		
		DA	CD	Cx
Sensibilidad	68%	77%	50%	80%
Especificidad	78%	77%	73%	83%
VPP	61%	77%	50%	44%
VPN	83%	77%	73%	96%
LR+	3,07	3,25	1,83	4,65
TCMD-P vs CRM				
Sensibilidad	82%	100%	50%	100%
Especificidad	81%	77%	82%	83%
VPP	68%	81%	60%	50%
VPN	90%	100%	75%	100%
LR+	4,34	4,25	2,74	5,81
TCMD-P+ Angio-TCMD vs CRM				
Sensibilidad	72%	87%	50%	80%
Especificidad	84%	72%	86%	90%
VPP	68%	72%	67%	51%

VPN	87%	87%	76%	96,3%
LR+	4,49	3,11	3,67	7,76

LR+ (Likelihood Ratio positivo).

Conclusiones: El estudio de perfusión miocárdica de estrés por TCMD con tecnología de 320 detectores es factible y, asociada a la angio-TCMD, mejora la certeza diagnóstica en la detección de lesiones que den lugar a isquemia miocárdica inducible, comparada con la CRM. El protocolo completo de TCMD de estrés utilizando un sistema de 320 detectores implica una aceptable dosis de radiación para el paciente.