Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 908

Revista Española de Cardiología

6042-4. UTILIDAD DE LA CUANTIFICACIÓN DE CARGA DE ATEROESCLEROSIS EN CARÓTIDAS Y FEMORALES CON ECOGRAFÍA VASCULAR 3D PARA LA ESTIMACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR: PRIMERA EXPERIENCIA CLÍNICA EN LA CONSULTA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

José Ruiz-Cabello Subiela[1], Teresa Martínez Sepúlveda[1], Juan Medina Peralta[2], José Felipe Varona Arche[3], Blanca Zorita Gil[2], Beatriz Fuertes Suárez[2], Ana Pastor Planas[2], Julio Osende Olea[2], Jesús Palomo Álvarez[2], José Mª Castellano Vázquez[2], Francisco J. Parra Jiménez[2], Leticia Fernández Friera[4] y Beatriz López Melgar[2]

[1]Facultad de Medicina, Universidad San Pablo CEU, Madrid. [2]Servicio de Cardiología, HM Hospitales-Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares HM CIEC, Madrid. [3]Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario HM Montepríncipe, HM Hospitales, Madrid. [4]Unidad de Imagen Cardiovascular, HM Hospitales-Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares HM CIEC, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La carga de ateroesclerosis subclínica carotidea o femoral ayuda a la reclasificación de pacientes en riesgo intermedio por las escalas convencionales. Proponemos un algoritmo que utilice el volumen de ateroesclerosis por ecografía vascular 3D (3DVUS) para la toma de decisiones en prevención.

Métodos: Realizamos un estudio observacional de todos los pacientes asintomáticos remitidos a la consulta de prevención cardiovascular (CV) entre 2017-2020. Estimamos el riesgo CV con el algoritmo ACC/AHA 10y-ASCVD para establecer la indicación de estatinas. Se determinó la carga de placa carotidea (CPC) en todos los pacientes. La evaluación femoral se incluyó más tarde en el protocolo de estudio. Calculamos la carga de placa global (CPG) como la suma del volumen de todas las placas observadas en ambas carótidas y femorales. Se estableció el percentil usando los valores de referencia del estudio PESA, siendo alta carga un percentil (p) > 75, moderada p50-75 y baja p 75) o no recomendar (p 50) estatinas con respecto a las recomendaciones clínicas.

Resultados: Se incluyeron 163 pacientes (51 ± 8 años; 72,4% varones; 10y-ASCVD 5,9 ± 4,8%), siendo el motivo de consulta más frecuente el diagnóstico de síndrome metabólico (37%), seguido por un riesgo CV estimado intermedio/indeterminado (33%), un único factor de riesgo pero muy alterado (15%) y antecedentes familiares de enfermedad CV precoz (13%). El algoritmo 10y-ASCVD clasificó a 80 (49%) pacientes en bajo riesgo sin indicación de estatinas, 18 (11%) en alto riesgo con indicación y 65 (40%) pacientes que requerían discusión de riesgo. Entre los pacientes en discusión, el percentil de CPC reclasificó a 51 (78%) pacientes, 26 (40%) a favor y 25 (38%) en contra de iniciar estatinas. Además, la CPC identificó a 24 (30%) pacientes con riesgo CV bajo y alta carga de ateroesclerosis susceptibles de iniciar estatinas. El subgrupo de 114 pacientes con CPG mostró resultados similares.

Reclasificación de pacientes con 3DVUS (CPC/CPG).

Conclusiones: La carga de ateroesclerosis carotidea y femoral por 3DVUS y sus percentiles reclasifica a un número significativo de pacientes en riesgo intermedio, e incluso identificaría pacientes de bajo riesgo que podrían beneficiarse del tratamiento con estatinas, siendo una herramienta útil en la toma de decisiones en prevención.