



6110-3. VALOR PRONÓSTICO DE UN SCORE CORONARIO IGUAL A CERO EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Regina Dalmau González-Gallarza, Emilio Arbas Redondo, Jesús Saldaña García, Inmaculada Pinilla Fernández, Esther Pérez David, Silvia Valbuena López, Lucía Fernández Gassó, María Paños Babín, María Refoyo Salicio, Gabriela Guzmán Martínez, Emilio Cuesta López, María Fernández Velilla, Ana Torremocha López, Leonel Díaz González y Raúl Moreno

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de la tomografía coronaria (TC) se ha incrementado notablemente en los últimos años como herramienta diagnóstica en el despistaje de cardiopatía isquémica, especialmente en pacientes de bajo riesgo o intermedio. El score de calcio coronario (CAC, o score de Agatston) es un validado predictor de riesgo cardiovascular. No obstante, no se recomienda como prueba aislada para descartar lesiones significativas, dado que un CAC = 0, aunque se asocia a buen pronóstico, no excluye la presencia de placas no calcificadas. Para contrastar el valor predictivo de un CAC = 0 en pacientes estables con dolor torácico analizamos nuestra experiencia en un hospital terciario.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 204 estudios sucesivos de TC solicitados por dolor torácico en pacientes estables, evaluando las características clínicas y los eventos cardiovasculares mayores acontecidos en el seguimiento. Se emplearon test de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para variables cualitativas y t de Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Se analizaron los eventos por regresión de Cox.

Resultados: Se analizaron 204 estudios sucesivos de TC solicitados por dolor torácico en pacientes estables. La edad media era 61,9 años y 62,7% eran mujeres. Se documentó un CAC 0 = en 81 pacientes (39,7%). Se realizó estudio con contraste en 100% de los pacientes con CAC = 0 y en 73% de aquellos con CAC > 0. Las características clínicas de los pacientes con CAC = 0 comparativamente con aquellos con CAC > 0 se resumen en la tabla. Los pacientes con CAC = 0 eran más jóvenes y con menor carga de factores de riesgo. Tan solo 1,2% de los pacientes con CAC = 0 tuvieron lesiones coronarias significativas (> 50%) en el estudio con contraste, frente a 24,7% en aquellos con CAC > 0 (p 0 (HR 0,18, IC95% 0,04-0,78, p = 0,022).

Diferencias entre pacientes con CAC = 0 y pacientes con CAC > 0			
	CAC = 0 (n = 81)	CAC > 0 (n = 123)	p
Edad	55,7	66,0	0,0001

Mujer	54 (66,7%)	74 (60,2%)	NS
Colesterol total mg/dl	186,8	183,2	NS
cLDL mg/dl	112,0	110,1	NS
HbA1c%	5,7	5,9	NS
Fumador activo	10 (12,3%)	18 (15,3%)	NS
Nunca fumó	60 (74,1%)	68 (57,6%)	0,04
HTA	24 (29,6%)	80 (65,6%)	0,0001
Dislipemia	31 (38,3%)	73 (60,8%)	0,002
Diabetes	7 (8,6%)	16 (13,6%)	NS
Estudio con contraste	81 (100%)	89 (73%)	
Lesiones significativas > 50%	1 (1,2%)	22 (24,7%)	0,0001
Lesiones no obstructivas 50%	1 (1,2%)	58 (68,2%)	0,0001
Placa vulnerable	0 (0%)	18 (20,2%)	0,0001
MACE	2 (2,7%)	16 (14%)	0,009
NS: no significativo; MACE: muerte CV, infarto no fatal, o ictus no fatal.			



Supervivencia libre de eventos en función del CAC.

Conclusiones: En nuestra experiencia se confirma que un CAC = 0 en pacientes con dolor torácico estables se asocia a una baja probabilidad de enfermedad coronaria significativa y una baja tasa de eventos CV mayores. Dada la rapidez y la factibilidad del CAC en la práctica, podría cuestionarse si realmente es necesario realizar estudio con contraste en todos los pacientes con CAC = 0.