



6115-4. PAPEL DE LA DISTRIBUCIÓN DEL CALCIO CORONARIO EN LA DETECCIÓN DE ESTENOSIS CORONARIA: RESULTADOS DE LA COHORTE ICAP

Juan Diego Sánchez Vega¹, Manuel García de Yébenes Castro¹, Rocío de la Garza², Diego Martínez-Urbistondo², Inmaculada Colina³, Belén Gil-Alzugaray², Ana Bajo², Sonsoles Guadalix⁴, José Antonio Páramo Fernández⁵ y Juan Carlos Pastrana²

¹Cardiología. Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España, ²Medicina Interna. Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España, ³Medicina Interna. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra), España, ⁴Endocrinología. Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España y ⁵Hematología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El calcio score coronario (CS) es un método validado que permite reclasificar el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en los pacientes con riesgo cercano al límite de un grupo de riesgo u otro. Sin embargo, poco se sabe sobre el impacto que tiene sobre el riesgo cardiovascular (RCV), el número total de arterias coronarias afectas por calcio (NAA), así como la asimetría de distribución del calcio coronario (ADC) en cada una de ellas. El objetivo del estudio es valorar si el NAA y la ADC pueden modificar el riesgo de estenosis coronaria (EC), con el consecuente aumento de RCV.

Métodos: Estudio de cohorte transversal (Cohorte ICAP) de pacientes asintomáticos para ECV. Se realizó un análisis de factores de riesgo, cálculo de SCORE 2, coronariografía por TC y cálculo de calcio coronario. De este subestudio se excluyeron aquellos pacientes con ECV previa y CS = 0. Se determinó en cada paciente el NAA (1-4, incluido el tronco principal izquierdo), y se estableció si la acumulación de calcio coronario total era asimétrica (definida como > 80% del calcio total en una única arteria) o no. Asimismo, se determinó el grado de EC.

Resultados: Se analizaron un total de 114 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 60,3 años $\pm$ 8,05, siendo el 7,14% mujeres. Tras ajustar por edad, sexo, calcio coronario total y categoría de RCV, el aumento del NAA se asoció con un mayor grado de estenosis coronaria (coeficiente: 0,26, IC95% 0,14-0,38, $p = 0,001$), mientras que, la acumulación asimétrica del calcio coronario, se correlacionó de forma inversa con el grado de estenosis coronaria (coeficiente: -0,53, IC95% -0,80 a -0,27, $p = 0,001$).

Resultados del estudio

Acumulación asimétrica

Estenosis	Coef $\pm$ EE	t (P > t)	IC95%
Edad	0,001 $\pm$ 0,009	0,14 (0,891)	-0,016/0,019

Sexo	-0,097 ± 0,240	-0,41 (0,686)	-0,573/0,038
CAC total	0,746 ± 0,170	4,38 (0,000)	0.409/1,084
CAC 80%	-0,531 ± 0,134	-3,97 (0,000)	-0,796/-0,265

Categorías de riesgo

Alto riesgo	-0,039 ± 0,151	-0,26 (0,796)	-0,338/0,260
Muy alto riesgo	0,292 ± 0,228	1,28 (0,202)	-0,160/0,744
Constante	1,833 ± 0,604	3,03 (0,003)	0,636/3,032

Número de arterias afectas

Estenosis	Coef ± EE	t (P > t)	IC95%
Edad	0,001 ± 0,009	0,06 (0,952)	-0,017/0,018
Sexo	-0,049 ± 0,236	-0,21 (0,835)	-0,518/0,419
CAC total	0,659 ± 0,176	3,74 (0,000)	0.310/1,008
CAC 80%	0,260 ± 0,063	4,15 (0,000)	0,136/0,384

Categorías de riesgo

Alto riesgo	-0,037 ± 0,150	-0,25 (0,802)	-0,334/0,259
Muy alto riesgo	0,192 ± 0,229	0,84 (0,403)	-0, 261/0,646
Constante	0,973 ± 0,564	1,72 (0,087)	-0,145/2,092

Conclusiones: La determinación del NAA, así como la ADC, pueden llegar a predecir un mayor o menor grado de estenosis coronaria, con la consecuente modificación del RCV.