



## 6117-10. ¿EL HALLAZGO CASUAL DE CALCIO CORONARIO EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA TORÁCICA DETERMINA UN PEOR PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR?

Carmen Cristóbal Varela<sup>1</sup>, Rosa M.M. Jiménez Hernández<sup>1</sup>, Susana González Fortin<sup>2</sup>, Virginia Rubio Pizarro<sup>2</sup>, José María Serrano Antolín<sup>1</sup>, Silvia del Castillo Arrojo<sup>1</sup>, Iria Andrea González García<sup>1</sup>, Pedro Luis Talavera Calle<sup>1</sup>, Catherine Graupner Abad<sup>1</sup>, Carlos Gutiérrez Landaluce<sup>1</sup>, Javier Alonso Bello<sup>1</sup>, Elena Magallanes-Ribeiro Catalán<sup>1</sup>, Adriana de la Rosa Riestra<sup>1</sup>, Victoria Espejo Bares<sup>1</sup> y Alejandro Curcio Ruigómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España y <sup>2</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada (Madrid), España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La cuantificación de calcio coronario (CC) en TC (tomografía computarizada) cardíaca medido en unidades Agatston (UA) es una herramienta establecida y validada para estratificar el riesgo cardiovascular (RCV). Existe consenso en considerar CC > 100 UA como modificador de riesgo, sugiriendo el inicio de tratamiento con estatinas ± ácido acetilsalicílico. Nuestro objetivo es analizar si el hallazgo casual de calcio coronario en TC torácicos no cardíacos supone mayor incidencia de eventos cardiovasculares (ECV), así como describir el RCV en nuestra población de estudio y compararlo con la detección de CC.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de cohortes. 148 pacientes remitidos a realización de TC de tórax no cardíaco entre 2004-2007. Se recogen variables demográficas, clínicas, de imagen y evolutivas en un seguimiento de 15 años. Se estima visualmente por cardiólogo experto en imagen el CC en 2 niveles: bajo o inexistente (0-100 UA), y moderado o alto (> 100 UA). Se evalúa la relación entre variables clínicas y el hallazgo de CC. Se estudia una variable combinada de ECV (incluyendo mortalidad cardíaca) en relación con el CC. Análisis descriptivo tras analizar normalidad de variables cualitativas (Kolmogorov-Smirnov); así como análisis inferencial. Para variables cualitativas: test chi-cuadrado, cuantitativas U de Mann Whitney. Significativo p 0,05.

**Resultados:** Se recogen en la tabla los valores obtenidos de las variables. Los dos grupos en la estimación visual de CC (mayor o menor de 100 UA) eran significativamente diferentes en cuanto a FRV: diabetes, hipertensión arterial y dislipemia, más prevalentes en el grupo de CC > 100. En la evolución, en el grupo de CC > 100 hubo mayor incidencia de la variable combinada de ECV totales y también de síndrome coronario agudo y aparición de enfermedad vascular periférica. Tras análisis multivariante, CC visual > 100 UA se demuestra factor de riesgo independiente para eventos cardiovasculares. OR 2,13, p 0,049, [1-4,58].

	Total	Ca visual ? 100	Ca visual > 100	p
% pacientes		53,6	46,4	

**Características basales**

Edad (años)	65 ± 8	64,9 ± 9,3	66,8 ± 8	0,27
Sexo (% varones)	71,6	71	70,4	0,9
<b>HTA (%)</b>	<b>46,6</b>	<b>28,99</b>	<b>63,38</b>	<b>0,001</b>
<b>DM tipo 2(%)</b>	<b>22,3</b>	<b>15,94</b>	<b>30,99</b>	<b>0,036</b>
<b>Dislipemia (%)</b>	<b>26,4</b>	<b>14,49</b>	<b>39,44</b>	<b>0,001</b>
Tabaquismo (%)	35,1	33,33	42,25	0,29

**Datos de la evolución**

Angina estable	7,43	10,14	5,63	0,321
<b>SCASEST</b>	<b>3,38</b>	<b>0</b>	<b>7,04</b>	<b>0,025</b>
SCACEST	2,70	1,45	4,23	0,324
<b>SCA</b>		<b>1,45</b>	<b>11,27</b>	<b>0,018</b>
Ictus	11,3	10,61	12,68	0,706
<b>Enfermedad vascular periférica</b>	<b>15,17</b>	<b>5,97</b>	<b>25,35</b>	<b>0,002</b>
<b>Eventos CV totales</b>	<b>28,38</b>	<b>21,74</b>	<b>38,03</b>	<b>0,035</b>
Eventos cardiacos	13,51	10,14	18,31	0,168
Muerte CV	2,7	1,45	4,23	0,324
Muerte por cualquier causa	57,14	57,35	56,34	0,904

Ca: calcio; HTA: hipertensión arterial;  
DM: diabetes mellitus; SCASEST:  
síndrome coronario agudo sin elevación  
ST; SCACEST: síndrome coronario  
agudo con elevación ST; SCA:  
síndrome coronario agudo; CV:  
cardiovascular.

**Conclusiones:** Los pacientes con  $CAC > 100$  UA estimado visualmente en TC torácicos no cardíacos sufren mayor incidencia de ECV a largo plazo que los que tienen bajo o inexistente CC ( $< 100$  UA). El hallazgo casual de CC en TC torácico no cardíaco tiene, por tanto, importancia pronóstica y debe ser tenido en cuenta en el manejo del paciente.