


# Actitud del cardiólogo clínico ante un score coronario igual a cero

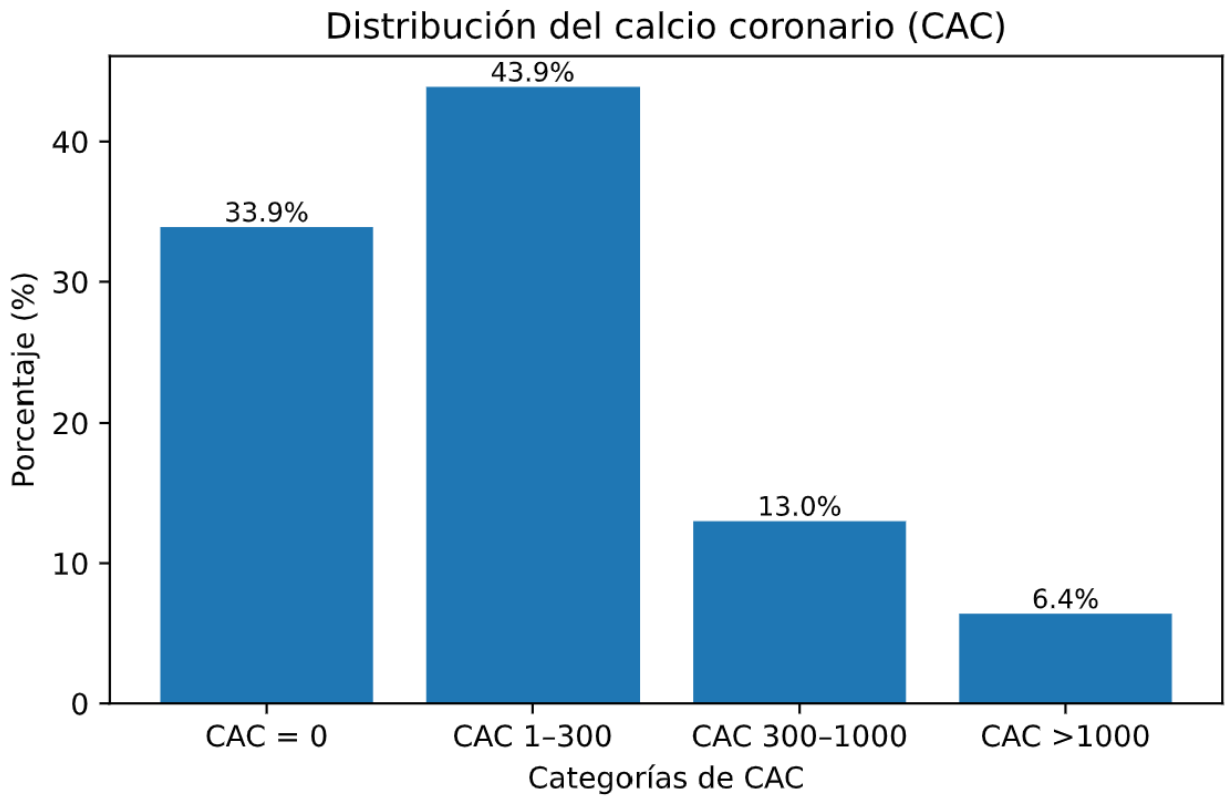
Regina Dalmau González-Gallarza(1), Inmaculada Pinilla Fernández(1), Esther Pérez David(1), Silvia C. Valbuena López(1), Lucía Fernández Gassó(1), Emilio Arbas Redondo(1), Elena Refoyo Salicio(1), Gabriela Guzmán Martínez(1), Guadalupe Buitrago Weiland(1), Emilio Cuesta López(1), Miguel Ángel Martín Arena(1), Carmen Labarta Bello(1), Pedro del Rosal García(1), Gonzalo Acedo Romay(1) y José Raúl Moreno Gómez(1) de (1)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España

Introducción: La tomografía coronaria (TC) es una validada herramienta diagnóstica en pacientes con dolor torácico o disnea. El score de calcio (CAC) aporta información sobre la presencia de placa calcificada, cuantificable de forma objetiva por el método de Agatston. Un CAC igual a cero (CAC=0) tiene un alto valor predictivo negativo en cuanto a la presencia de enfermedad coronaria significativa y la predicción de eventos cardiovasculares. Analizamos la actitud del cardiólogo clínico ante un resultado de CAC=0.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo, analizamos 440 estudios sucesivos de TC solicitados por dolor torácico o disnea en pacientes sin cardiopatía previa. Se compararon las características clínicas y la incidencia de eventos cardiovasculares mayores entre pacientes con CAC=0 y CAC>0 mediante prueba de ?². Se estimó el riesgo relativo (RR) de MACE con IC del 95%.

Resultados: La edad media fue de 66,8, y 64,1% eran mujeres. La sintomatología se describía como "atípica" en 68,2% de los casos. La distribución del CAC fue: 33,9% CAC=0, 43,9% CAC 1-300, 13% CAC 300-1000 y 6,4% CAC>1000. Comparativamente con los pacientes con CAC>0, los pacientes con CAC=0 eran más jóvenes, en mayor proporción mujeres, y con menor carga de factores de riesgo (ver tabla). A pesar de un perfil de riesgo más favorable, 20,1% tomaban antiagregantes y 43,6% estatinas antes del TC. En el análisis angiográfico por TC, se describió ateromatosis no obstructiva en 3,4% de los pacientes con CAC=0 y solo en un caso (0,7%) se documentó una lesión coronaria no calcificada >50%. Tras recibir el resultado del TC, 56,4% de los pacientes con CAC=0 fueron dados de alta de cardiología, en 37,6% se programó seguimiento clínico y en 7% se solicitó un test de detección de isquemia. Tras conocer el resultado del TC, el cardiólogo mantuvo la antiagregación en 14% de los pacientes con CAC=0, y las estatinas en 41,6%. Se consideró MACE el combinado de muerte CV, infarto no fatal, ictus no fatal, o revascularización coronaria. Con un seguimiento medio de 62,7 meses, el objetivo MACE ocurrió en 0,7% de pacientes con CAC=0 (1/140) vs 16,9% (47/269) en pacientes con CAC>0 (?² 24.9, gl 1, p<0,0001), lo que supone un RR de MACE de 0,04 en pacientes con CAC=0 (IC 95%: 0,01-0,16).

Conclusiones: A pesar del pronóstico cardiovascular favorable de un CAC=0, en la práctica clínica existe una cierta resistencia a desescalar en tratamiento preventivo y a dar de alta a los pacientes que consultan por dolor torácico o disnea.




**Rasgos diferenciales de pacientes con CAC=0 frente a aquellos con CAC>0**

| | CAC=0 (N=149) | CAC>0 (N=291) |
|---|---|---|
| Edad | 61,8 | 72,1 |
| Fumador activo | 16 (10,7%) | 37 (13,3%) |
| Ex fumador | 25 (16,8%) | 73 (26,3%) |
| HTA | 53 (35,6%) | 202 (72,7%) |
| Dislipemia | 58 (38,9%) | 189 (68%) |
| Diabetes | 13 (8,7%) | 46 (16,5%) |
| Antiagregantes previo a TC | 30 (20,1%) | 67 (24,1%) |
| Estatinas previo a TC | 65 (43,6%) | 163 (58,6%) |
| Antiagregantes post TC | 21 (14,1%) | 131 (47,1%) |
| Estatinas post TC | 62 (41,6%) | 200 (71,9%) |
| Lesiones coronarias >50% en TC | 1 (0,7%) | 43 (15,5%) |
| MACE | 1 (0,7%) | 47 (16,9%) |

MACE: muerte CV, infarto no fatal, ictus no fatal, o revascularización coronaria