

Asociación entre la dominancia coronaria y la carga ateromatosa valorada por angiografía coronaria por tomografía computarizada

Roger Jurado Jiménez(1), Patricia Estefanía Piña González(1), Ana Beatriz García Durán(1), Mireia Ble Gimeno(1), Santiago Javier Carbullanca Toledo(2), Dídac Ramal Leiva(2), Alejandra Viviana Micolich Vergara(2), Núria Ribas Barquet(1), Miguel Cainzos Achirica(1), Flavio Zuccarino(2), Marcos Mestas Núñez(2), Camila Loaiza Herrera(1), Patrik Miletic(1), Beatriz Vaquerizo Montilla(1) y Diego Pérez Zerpa(1) de (1)Cardiología y (2)Departamento de Radiología. Hospital del Mar, Barcelona - España

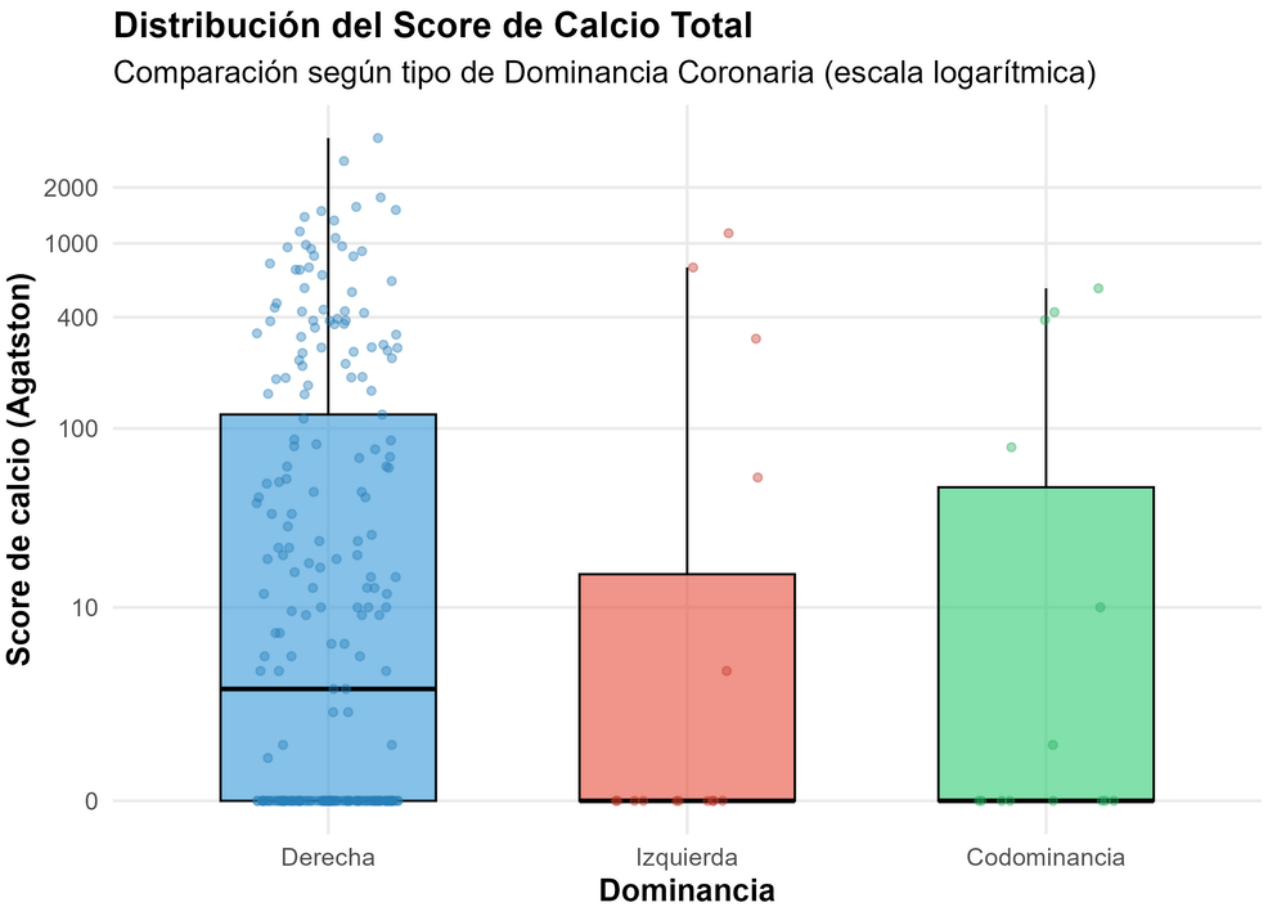
Introducción: La dominancia coronaria se determina según el territorio irrigado por la circunfleja y la coronaria derecha. Se ha postulado que la dominancia derecha podría asociarse a patrones diferenciales de enfermedad ateromatosa, pero la evidencia es contradictoria y derivada principalmente de estudios con coronariografía invasiva. El objetivo fue evaluar si la dominancia coronaria se asocia a diferencias en la carga ateromatosa, la gravedad de la estenosis, la puntuación de calcio y el CT-Leaman Score en pacientes sometidos a angiografía coronaria por tomografía computarizada (angio-TC).

Métodos: Estudio retrospectivo de 293 pacientes consecutivos sometidos a angio-TC entre junio de 2025 y marzo de 2026. La dominancia coronaria se clasificó como derecha, izquierda o codominante. Se evaluaron la puntuación de calcio coronario, la presencia de placas ateromatosas por territorio, el número de segmentos afectados, la clasificación CAD-RADS 2.0, la presencia de enfermedad coronaria obstructiva (CAD-RADS ?3) y el CT-Leaman Score. Las comparaciones se realizaron mediante pruebas de Kruskal-Wallis, chi cuadrado o test exacto de Fisher, según correspondiera.

Resultados: La edad media fue de 58,6±12,9 años y el 53,9% eran mujeres. La dominancia coronaria fue derecha en 263 pacientes (89,8%), izquierda en 16 (5,5%) y codominante en 14 (4,8%). No se observaron diferencias significativas en la puntuación media de calcio coronario entre los grupos (172,6 vs 149,2 vs 105,3 unidades Agatston; p=0,47). Tampoco hubo diferencias en la presencia de placas ateromatosas por territorio coronario (p>0,29) ni en el número medio de segmentos afectados (2,5 vs 2,1 vs 1,6; p=0,43).

La prevalencia de enfermedad coronaria obstructiva fue similar entre los grupos (19,2% vs 25,0% vs 15,4%; p=0,72), al igual que la distribución ordinal de la clasificación CAD-RADS (p=0,23). Asimismo, el CT-Leaman Score no mostró diferencias significativas según la dominancia coronaria, con valores medios de 6,0 vs 5,5 vs 4,4 (p=0,62).

Conclusiones: En nuestra población, la dominancia coronaria no se asoció de forma significativa con la carga ateromatosa, la extensión de la enfermedad ni la gravedad de las lesiones coronarias valorada por angio-TC.



Carga y gravedad de la enfermedad coronaria según dominancia coronaria evaluada por angiografía coronaria por tomografía computarizada

Variable	Dominancia derecha (n=263; 89,8%)	Dominancia izquierda (n=16; 5,5%)	Codominancia (n=14; 4,8%)	p
Puntuación de calcio coronario (UA)	172,6	149,2	105,3	0,47
Segmentos coronarios afectados, n	2,5	2,1	1,6	0,43
Presencia de placas por territorio	—	—	—	> 0,29
Enfermedad coronaria obstructiva (CAD-RADS ≥3), n (%)	19,2%	25,0%	15,4%	0,72
Clasificación CAD-RADS ordinal	—	—	—	0,23
CT-Leaman Score	6,0	5,5	4,4	0,62

UA, unidades Agatston; CAD-RADS, Coronary Artery Disease Reporting and Data System