Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S1007

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

951 - UTILIDAD DEL TC CORONARIO EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA GRAVE Y ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA

Juan Besteiro Suárez, Miriam Karine de Souza de Jesús, Nerea Larrinaga Estebaranz, Nuria Rial Lorenzo y María Urquizu-Padilla

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos: Descripción de tres pacientes diagnosticados de dislipemia y vasculopatía periférica realizándose TC coronario.

Métodos: Se revisan pacientes de la Unidad de lípidos, se seleccionan tres con criterios de objetivo.

Resultados: Mujer de 61 años, fumadora IP de 9. Con antecedentes de HTA, hipercolesterolemia desde la juventud, sobrepeso, trombosis venosa ocular de rama superior de OI y síndrome ansioso-depresivo. Tiene 2 hermanos con hipercolesterolemia y su madre con cardiopatía isquémica precoz. Niega síntomas cardíacos. La E.F. anodina (no xantomas tendinosos, arco corneal, soplos arteriales y pulsos periféricos simétricos). Parámetros PA 149/99, peso 71,9, estatura 1,57, IMC 29 y perímetro abdominal 115 cm. Analítica (mg/dL) con atorvastatina 40: col. total 383, TAG 365, cHDL 45, cLDL 265, lipoproteína(a) 160,45 [70%) (CACscore 2,4 UA). De forma dirigida explica opresión torácica irradiada a extremidad en relación al esfuerzo. Se realiza cateterismo cardíaco izquierdo que muestra estenosis severa de DA media y D1, con angioplastia en D1 y DA e implante de *stent*. Hombre de 77 años, no fumador. Con antecedentes de diabetes mellitus de 5 a. evolución y artritis gotosa. Hijo con IAM a los 40 años. La E.F. anodina, salvo pulso tibial posterior derecho ausente. Parámetros PA 182/78, peso 67, estatura 1,69, IMC 23,45 y perímetro abdominal 89. Analítica con simvastatina 40: col. total 305, TAG 103, cHDL 52, cLDL 232, lipoproteína(a) 34, HbAc 6,2%. ITB derecho 0,78 izquierdo 0,95. ECG sin hallazgos isquémicos. Eco-TSA placas carotídeas bilaterales moderadas (31-50%). Se calcula DLCN resultando de 9 con diagnóstico clínico de HFHe positivo y genético negativo. TC coronario con ateromatosis grave, placa difusa (CACscore 20.481 UA). Prueba de esfuerzo eléctricamente positiva precoz, sin clínica. Se realiza cateterismo urgente con lesiones moderadas en DA y se revasculariza OM2. Mujer de 61 años, fumadora IP 42, neoplasia de mama (2018) e hipercolesterolemia desde 20a. Hermana con hipercolesterolemia. Intolerancia a estatinas. Refiere epigastralgia al esfuerzo. La E.F. pulso pedio izquierdo no palpable. Parámetros PA 137/96, peso 56, estatura 1,68, IMC 19,8 y perímetro abdominal 78. Analítica sin tratamiento col. total 303, TAG 107, cHDL 78, cLDL 204, lipoproteína(a) 47, HbAc1 5,8. ITB: derecho 0,61 e izquierdo 0,56. ECG sin hallazgos isquémicos. Eco-TSA: estenosis carotídea bilateral (1-30 y 31-50%). Se calcula DLCN resultando de 4. TC coronario muestra ateromatosis calcificada, con placa en CD moderada vulnerable (CACscore 360). Cateterismo con enfermedad no significativa. A todos los pacientes se le optimizó su perfil lipídico con tratamiento hipolipemiante intensivo. Otro paciente pendiente de inclusión.

Conclusiones: En pacientes con hipercolesterolemia grave y vasculopatía periférica diagnosticada por ITB o eco-doppler-TSA, el TC coronario juega un papel importante en la estratificación del riesgo vascular y

terapéutica consecuente. Si es patológico, en paciente sintomáticos implica cateterismo y en asintomáticos, realización de prueba de esfuerzo.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.