



IF-006 - TC CORONARIO Y ECOGRAFÍA CAROTÍDEA EN LA DETECCIÓN DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA EN ESCLERODERMIA

I. Sanz Pérez¹, F. Martínez Valle¹, A. Guillén del Castillo¹, N. Pizzi², H. Cuellar Calàbria³, A. Roque Pérez³, V. Fonollosa Pla¹, C. Simeón Aznar¹

¹Medicina Interna-Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, ²Unitat de Cardiologia Nuclear, ³Servicio de Radiología. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Determinar la validez y correlación entre Tc coronario y ecografía carotídea para la detección de ateromatosis subclínica en pacientes afectados de esclerodermia.

Material y métodos: Se incluyeron 44 pacientes afectados de esclerodermia según los criterios de ACR/EULAR 2013, realizándose de forma consecutiva Tc coronario con cuantificación de calcio en arterias coronarias (CAC) considerando varios puntos de corte (CAC > 1 UA y CAC > 100 UA) como predictores de riesgo cardiovascular. De forma independiente y en paralelo se realizó ecografía doppler carotídea con medición de grosor de la capa íntima media (GIM) en arteria carótida común (ACC) y detección de placas de colesterol según criterios del consenso de Mannheim (Touboul et al. 2007) en ACC, bulbo carotídeo, arteria carótida interna y carótida externa de forma bilateral.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes, 38 mujeres (86,4%) con esclerodermia, con una edad media de 58 años (24-83) y 18 años de evolución (3-57). Treinta y dos (74,4%) con esclerodermia limitada, 10 (23,3%) con esclerodermia difusa y 1 (2,3%) con esclerodermia sin esclerodermia. Veintiséis (59,1%) presentaban hipertensión arterial, 5 (11,4%) diabetes mellitus, 6 (13,6%) eran fumadores y 22 (50%) tomaban estatinas en el momento de la prueba. Veinticuatro pacientes (55,8%) habían presentado úlceras digitales, 20 (45,5%) enfermedad pulmonar intersticial y 16 (30,2%) hipertensión pulmonar. Quince pacientes (34,1%) presentaban alteración de la conducción en ECG, 32 (72,7%) disfunción diastólica de ventrículo izquierdo (VI) y 3 (7%) disfunción sistólica de VI. Veintidós pacientes (50%) presentaban placas de ateroma con un valor medio de CACscore de 283,4, siendo el CAC score de 53,2 en los pacientes sin placa ($p < 0,05$ IC 26,3-434,1). Realizamos curva COR con el CACscore en función de la presencia de placa en ecografía. El área bajo la curva fue 0,778. Para CACscore > 1 encontramos sensibilidad (S) 86% y una especificidad (E) 59%, para CACscore > 100 S 52% y E 82%, siendo el mejor punto de corte CACscore > 28 con S 71% y E 82%. El coeficiente kappa entre las 2 pruebas fue de 0,54. Diecinueve pacientes (43,2%) presentaron CACscore > 28, estos mostraron diferencias estadísticamente significativas respecto los pacientes con CACscore < 28 en GIMmax (0,93 vs 0,79 mm $p < 0,01$; IC 0,03-0,24), existencia de placas (79% vs 25% $p < 0,01$; IC 0,27-0,81) y número de placas (2,58 vs 0,42 $p < 0,01$; IC 3,18-3,14) y no significativa en GIMm (0,71 vs 0,64 mm $p: 0,11$ IC: -0,018-0,162). 15 pacientes (34,1%) presentaban CACscore > 100 y 27 (61,4%) CACscore > 1.

Discusión: Estudios poblacionales han demostrado la mayor incidencia y mayor mortalidad secundaria a eventos cardiovasculares en pacientes con esclerodermia, por lo que el diagnóstico de ateromatosis subclínica es muy importante para la modificación de estilos de vida y actitud terapéutica. Tanto el TC coronario como la ecografía doppler carotídea son útiles para cuantificar el riesgo cardiovascular, mostrando buena correlación entre ambos métodos.

Conclusiones: Los pacientes con esclerodermia tienen una alta prevalencia de ateromatosis subclínica y tanto el TC coronario con cuantificación de calcio coronario como la ecografía doppler carotídea son métodos fiables y con buena correlación para su detección. Según nuestros datos el punto de corte del CACscore debería ser de 28 UA, ya que éste muestra mejor sensibilidad y especificidad que los clásicos CACscore > 1UA y CACscore > 100UA.