

## Cartas al Editor

**Utilidad de la coronariografía no invasiva por tomografía computarizada en pacientes asintomáticos****Usefulness of Coronary Computed Tomography Angiography in Asymptomatic Patients**

Sra. Editora:

Hemos leído con atención el artículo publicado por Descalzo et al<sup>1</sup>, y queremos felicitarles por el interesante trabajo realizado. La relación entre los factores de riesgo cardiovascular y la enfermedad coronaria es una realidad ampliamente estudiada, y si bien las escalas de riesgo están diseñadas para predecir eventos cardiovasculares, también pueden guardar relación con la presencia de la enfermedad en sí.

Para estratificar a nuestros pacientes, las guías de práctica clínica europeas recomiendan la utilización de escalas de riesgo, y se cita el sistema SCORE, validado en nuestro país y, de la misma manera, aunque con menor grado, recomiendan el *score* de calcio para reclasificar a pacientes asintomáticos de riesgo moderado.

En los últimos años hemos presenciado cómo el desarrollo tecnológico ha conseguido una progresiva reducción de la dosis de radiación y una increíble mejora en la resolución espacial de los nuevos equipos de tomografía computarizada coronaria. La publicación de ensayos multicéntricos ha creado un mayor conocimiento de su potencial diagnóstico, y todo ello ha permitido un aumento exponencial en la indicación y utilización de la coronariografía no invasiva (CNI), como se aprecia en el incremento de escenarios clínicos apropiados<sup>2</sup>. Sin embargo, en el momento actual la realización de CNI en pacientes asintomáticos únicamente resultaría incierta en pacientes de alto riesgo según las recomendaciones de uso apropiado vigentes. En pacientes asintomáticos, como los del trabajo de Descalzo et al, trabajos previos han descrito una prevalencia de enfermedad coronaria de un 16-27% de la población general<sup>3</sup>. Sin embargo, en estudios prospectivos no queda clara la importancia pronóstica de estos hallazgos. En pacientes asintomáticos, subanálisis del CONFIRM muestran que una estrategia basada en CNI no es superior al *score* de calcio en reducción de eventos clínicos<sup>4</sup>, por lo que no la recomendamos por la mayor radiación y la necesidad de contraste en este subgrupo de pacientes.

Teniendo en cuenta la importancia y la prevalencia de placa blanda en la enfermedad coronaria, que son indetectables mediante *score* calcio, cabría la posibilidad de replantearnos el valor añadido de la CNI en la detección de este tipo de lesiones. De hecho, trabajos realizados en pacientes de riesgo intermedio han mostrado mayor tasa de eventos clínicos sobre placas blandas<sup>5</sup>, y datos del CONFIRM muestran un potencial añadido al estratificar la gravedad de la enfermedad coronaria mediante CNI sobre el *score* de calcio únicamente en pacientes sintomáticos<sup>6</sup>.

Por último, y para prestar una mayor controversia, no hay que olvidar la mayor mortalidad registrada en estudios prospectivos de pacientes de ambos sexos con enfermedad coronaria obstructiva (*hazard ratio* = 2,6) o no (*hazard ratio* = 1,6) detectada por CNI tras 2 años de seguimiento<sup>7</sup>. Por el momento no hay acuerdo sobre qué actitud seguir en un paciente con enfermedad coronaria no obstructiva detectada mediante esta técnica. Como comentan los autores en el original, deberemos esperar a estudios poblacionales para extender el potencial de esta técnica, poder interpretar sus resultados y actuar en consecuencia para lograr un beneficio clínico neto en nuestros pacientes.

Manuel Barreiro\*, María Martín, Alfredo Renilla y Elena Díaz

Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [manuelbarreirperez@gmail.com](mailto:manuelbarreirperez@gmail.com) (M. Barreiro).

On-line el 3 de octubre de 2013

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Descalzo M, Leta R, Rossello X, Alomar X, Carreras F, Pons-Llado G. Enfermedad coronaria subclínica por tomografía computarizada multidetector en población asintomática estratificada por nivel de riesgo coronario. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:504-5.
2. Mazimba S, Grant N, Parikh A, Patel T, Dahale B, Franco Z, et al. Comparison of the 2006 and 2010 cardiac CT appropriateness criteria in a real-world setting. *J Am Coll Radiol.* 2012;9:630-4.
3. Romeo F, Leo R, Clementi F, Razzini C, Borzi M, Martuscelli E, et al. Multislice computed tomography in an asymptomatic high-risk population. *Am J Cardiol.* 2007;99:325-8.
4. Cho I, Chang HJ, Sung JM, Pencina MJ, Lin FY, Dunning AM, et al. Coronary computed tomographic angiography and risk of all-cause mortality and nonfatal myocardial infarction in subjects without chest pain syndrome from the CONFIRM Registry (coronary CT angiography evaluation for clinical outcomes: an international multicenter registry). *Circulation.* 2012;126:304-13.
5. Ahmadi N, Tsimikas S, Hajsadeghi F, Saeed A, Nabavi V, Bevilacqua MA, et al. Relation of oxidative biomarkers, vascular dysfunction, and progression of coronary artery calcium. *Am J Cardiol.* 2010;105:459-66.
6. Villines TC, Hulten EA, Shaw LJ, Goyal M, Dunning A, Achenbach S, et al. Prevalence and severity of coronary artery disease and adverse events among symptomatic patients with coronary artery calcification scores of zero undergoing coronary computed tomography angiography: results from the CONFIRM (Coronary CT Angiography Evaluation for Clinical Outcomes: An International Multicenter) registry. *J Am Coll Cardiol.* 2011;58:2533-40.
7. Min JK, Dunning A, Lin FY, Achenbach S, Al-Mallah M, Budoff MJ, et al. Age- and sex-related differences in all-cause mortality risk based on coronary computed tomography angiography findings results from the International Multicenter CONFIRM (Coronary CT Angiography Evaluation for Clinical Outcomes: An International Multicenter Registry) of 23,854 patients without known coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol.* 2011;58:849-60.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.12.012>