

Ecografía de estrés y ecografía carotídea en pacientes mayores: valor pronóstico de la placa carotídea más allá de la isquemia funcional

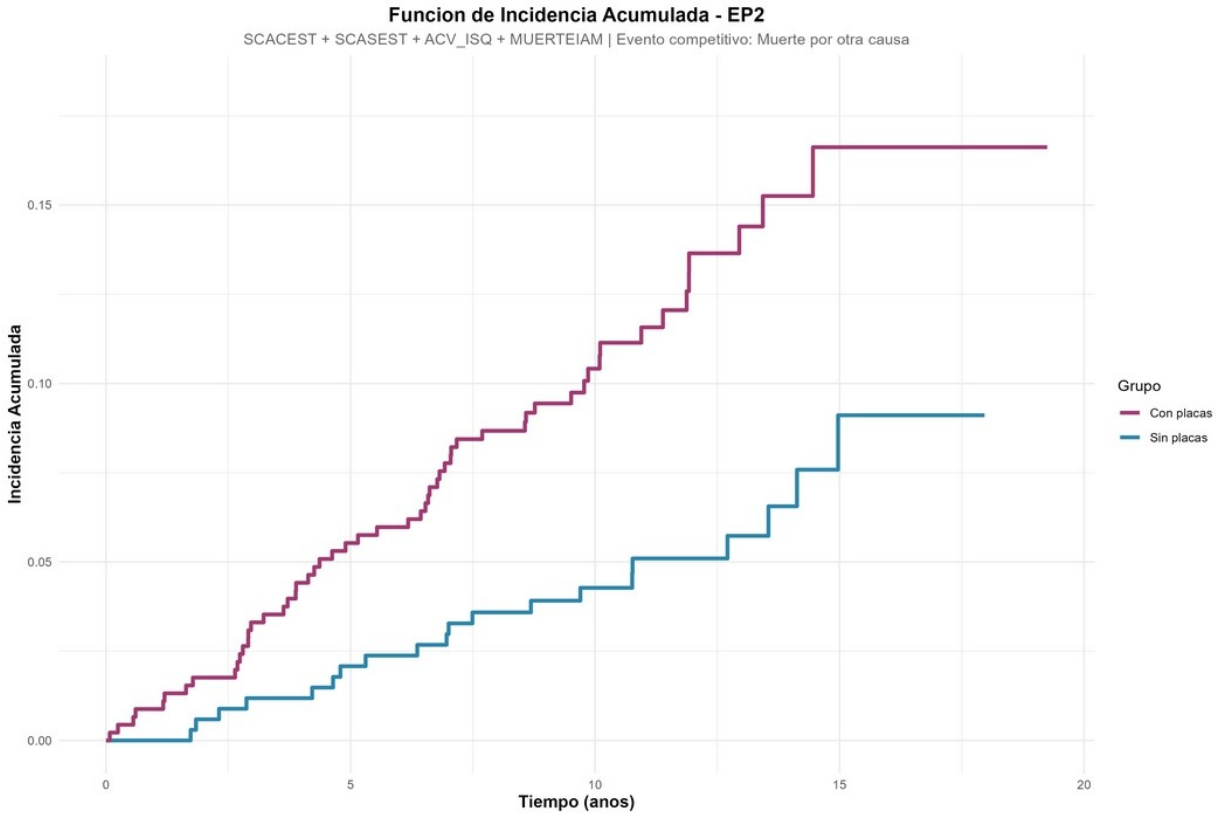
Alberto José Pérez Pérez(1), Raúl Franco Gutiérrez(2), Eduardo Barge Caballero(3), Andrea López López(4), Rafael Vidal Pérez(3), Juliana Elices Teja(4), Ana Testa Fernández(4) y Carlos González Juanatey(4) de (1)Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol (A Coruña) - España, (2)Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España, (3)Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España y (4)Cardiología. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo - España

Introducción: La ecocardiografía de estrés (EE) es una herramienta de referencia para la detección de isquemia miocárdica, pero tiene una capacidad limitada para identificar aterosclerosis subclínica. La ecografía carotídea (EC) es capaz de identificar de forma no invasiva aterosclerosis subclínica a través del grosor íntima-media carotídeo (GIMC) y la placa carotídea (PC). El objetivo fue evaluar el valor pronóstico combinado de EE y EC en pacientes mayores de 65 años con sospecha de enfermedad coronaria (EAC) y EE de buen pronóstico.

Métodos: Estudio de cohortes observacional, retrospectivo, que incluyó a pacientes consecutivos de 65 o más años con sospecha de EAC sometidos a EE y EC secuencialmente en nuestro centro (2006-2016). Se excluyeron los pacientes con cardiopatía isquémica previa, EE positivo o inconcluyente. Se definieron dos endpoints compuestos: endpoint 1 (EP1): infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), infarto sin elevación del ST (IAMSEST) o ictus isquémico; endpoint 2 (EP2): EP1 más mortalidad por infarto de miocardio. Se realizaron análisis de riesgos competitivos (método de Gooley) y regresión de Cox multivariante.

Resultados: Se incluyó a 794 pacientes (media de edad 72,3 años, 58,2% varones). La PC se encontró en 287 pacientes (36,2 %). El tiempo medio de seguimiento fue de 10,16 años. El EP1 se presentó en 88 pacientes (11,1%) y el EP2 en 94 (11,8%). El evento más frecuente fue el ictus isquémico (7,9%). En análisis multivariante, la PC fue el predictor independiente más potente de EP1 (hazard ratio [HR] 1,81; intervalo de confianza [IC] del 95% 1,03 a 3,16) y EP2 (HR 1,96; IC del 95% 1,13 a 3,40), seguido por la respuesta tensional anormal al ejercicio (EP1: HR 1,75; EP2: HR 1,78). El GIMC y las escalas de riesgo cardiovascular no resultaron significativas en el análisis multivariante. La capacidad discriminativa de los modelos fue moderada-buena (índice C ~0,68).

Conclusiones: En pacientes de edad avanzada con EE de buen pronóstico, la PC y la respuesta tensional anormal al ejercicio son predictores independientes de eventos cardiovasculares a largo plazo. La gran carga de ictus isquémico subraya la importancia cerebrovascular de la aterosclerosis carotídea en esta población. Estos resultados apoyan la combinación de EE y EC como una estrategia de estratificación del riesgo basada en aterosclerosis en pacientes mayores con sospecha de EAC.



Predictores multivariantes de eventos cardiovasculares: resultados del modelo de Cox con riesgos competitivos

Variable	HR EP1	IC 95% EP1	p EP1	HR EP2	IC95% EP2	p EP2
Placa carotidea	1,81	1,03-3,16	0,038	1,96	1,13–3,40	0,017
Respuesta tensional anormal	1,75	1,06-2,89	0,028	1,78	1,08–2,92	0,024
GIMC (x10 mm)	1,11	0,97-1,27	0,144	1,10	0,96–1,26	0,157
Categoria riesgo CV	1,56	0,93-2,63	0,095	1,44	0,84–2,45	0,182
Prob. pretest EAC	-	-	-	1,02	0,99–1,04	0,165
Estadístico C	0,67	0,64-0,70	-	0,68	0,65–0,71	-

HR: razón de riesgo; IC: intervalo de confianza; EP1: endpoint 1 (IAMCEST + IAMSEST + ictus isquémico); EP2: endpoint 2 (EP1 + muerte por infarto de miocardio); GIMC: grosor íntima-media carotídeo; CV: cardiovascular; EAC: enfermedad arterial coronaria; IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del ST; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del ST.