

¿Puede cFFR+NTG descartar isquemia tras angioplastia? Concordancia y rendimiento diagnóstico frente a FFR tras angioplastia en enfermedad multivaso. Resultados preliminares del estudio PROMETEUS

Santiago Jesús Camacho Freire(1), Carmen Lluch Requerey(1), Elena Izaga Torralba(1), Marta Monteagudo Viana(2), Alba Abril Molina(3) y Antonio Enrique Gómez Menchero(1) de (1)Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva - España, (2)Hospital Universitario de San Juan, Alicante - España y (3)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España

Introducción: La FFR con adenosina es el método de referencia para detectar isquemia coronaria, pero requiere hiperemia farmacológica. La cFFR+NTG podría simplificar la evaluación funcional post-ICP, aunque su concordancia y precisión diagnóstica frente a FFR no están completamente establecidas.
Objetivo: Evaluar la concordancia y el rendimiento diagnóstico de cFFR+NTG frente a FFR con adenosina tras angioplastia en pacientes con enfermedad coronaria multivaso incluidos en el estudio PROMETEUS.

Métodos: Análisis preliminar del estudio prospectivo multicéntrico PROMETEUS. Se incluyeron 75 pacientes y 145 lesiones. Tras ICP angiográficamente exitosa se midieron secuencialmente cFFR+NTG, Pd/Pa, dPR y FFR con adenosina mediante microcatéter de presión. Se definió isquemia como FFR?0,80. La correlación se evaluó con Pearson, la concordancia con Bland-Altman y el rendimiento diagnóstico mediante curva ROC e índice de Youden.

Resultados: Los valores fisiológicos pre-ICP fueron: cFFR+NTG 0,75 [0,64-0,81], FFR 0,71 [0,58-0,76], Pd/Pa 0,83 [0,71-0,89] y dPR 0,77 [0,56-0,85]. Tras ICP fueron: cFFR+NTG 0,90 [0,86-0,94], FFR 0,88 [0,83-0,91], Pd/Pa 0,94 [0,90-0,98] y dPR 0,90 [0,87-0,95]. cFFR+NTG mostró fuerte correlación con FFR post-ICP (r=0,788; p<0,001), superior a Pd/Pa (r=0,723) y dPR (r=0,630). El Bland-Altman mostró un sesgo medio de 0,032, con límites de concordancia de -0,050 a 0,115, indicando buena concordancia global y ligera sobreestimación de FFR por cFFR+NTG. Para detectar isquemia definida por FFR?0,80, cFFR+NTG obtuvo un área bajo la curva de 0,81 (Figura 1). El punto de corte óptimo fue 0,89, con sensibilidad 90% y especificidad 61,5%. Con prevalencia de isquemia del 29%, el valor predictivo negativo fue aproximadamente 94%, con falsos negativos del 10% y falsos positivos del 38,5%. Valores >0,96 alcanzaron sensibilidad del 100% para descartar isquemia. Su especificidad limitada aconseja mantener FFR con adenosina en valores intermedios, proponiendo una zona gris entre 0,89 y 0,96.

Conclusiones: cFFR+NTG presenta un buen rendimiento diagnóstico y una elevada capacidad para descartar isquemia tras ICP. Su integración en una estrategia con zona gris podría optimizar el uso de FFR con adenosina en la práctica clínica. A pesar de tratarse de un análisis preliminar, los resultados son consistentes y sugieren un potencial clínico relevante, que deberá confirmarse en estudios con mayor tamaño muestral.

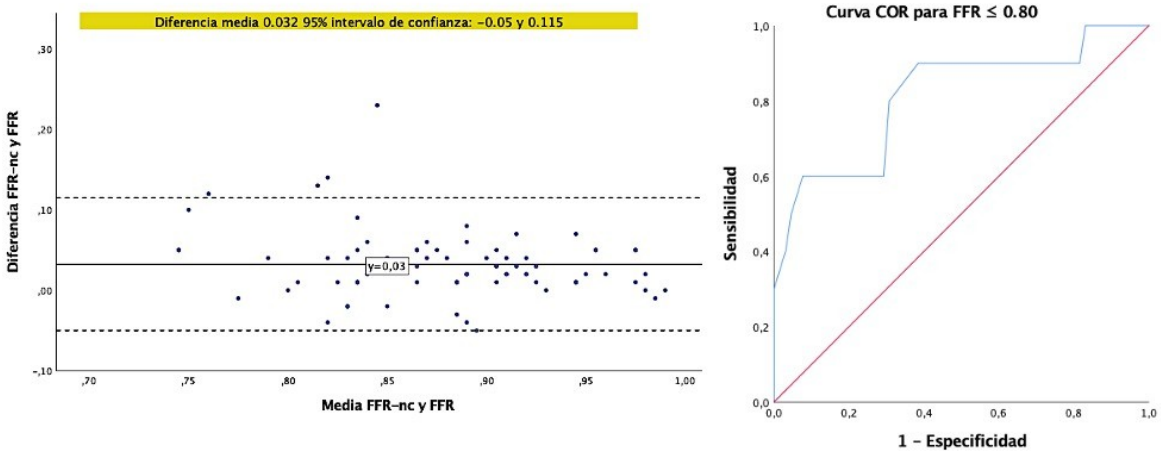


Figura 1. Análisis de Bland–Altman entre cFFR+NTG y FFR y . Curva ROC de cFFR+NTG para la detección de isquemia (FFR ≤ 0,80) .