



<https://www.revclinesp.es>

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

I. Sanz Pérez<sup>1</sup>, F. Martínez Valle<sup>1</sup>, A. Guillén del Castillo<sup>1</sup>, N. Pizzi<sup>2</sup>, H. Cuellar Calabria<sup>3</sup>, A. Roque Pérez<sup>3</sup>, V. Fonollosa Pla<sup>1</sup>, C. Simeón Aznar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna-Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, <sup>2</sup>Unitat de Cardiología Nuclear, <sup>3</sup>Servicio 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 afectos de esclerodermia.

**Material y métodos:** Se incluyeron 44 pacientes afectos 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 Manheim (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  $CACscore \leq 28$  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.