

Importancia de la definición y la técnica en el diagnóstico de puentes intramiocárdicos por angiografía coronaria no invasiva. Respuesta

Importance of Definition and Technique When Using Noninvasive Coronary Angiography to Diagnose Myocardial Bridging. Response

Sra. Editora:

Agradecemos a los autores el interés mostrado por nuestro trabajo¹. Estamos de acuerdo con gran parte de los comentarios, que son de gran ayuda para profundizar en el conocimiento científico. Tan sólo nos gustaría hacer énfasis en los siguientes puntos.

La prevalencia de puentes miocárdicos (PM) es muy variable según el método utilizado, y este hecho puede explicarse por las características propias de cada técnica. La coronariografía convencional subestima la prevalencia de PM, pues ofrece una visualización que se limita a la luz del vaso, mientras pasan inadvertidos PM superficiales con mínima compresión sistólica. La alta incidencia obtenida en las autopsias debe estar en relación con el diagnóstico de PM muy superficiales y distales que probablemente no tengan repercusión clínica alguna. La tomografía multidetectores es una técnica ideal, ya que permite la visualización no sólo de la luz de las arterias coronarias, sino también de sus paredes y el miocardio vecino^{2,3}. Es cierto que cuanto mayor es el número de detectores mayor es la sensibilidad, con la que aumenta la prevalencia hasta cifras cercanas a las obtenidas en las autopsias. El reto que queda por resolver es demostrar la relación causal del PM y los síntomas del paciente. Solamente disponemos de casos aislados, en los que el test de detección de isquemia fue positivo o el tratamiento quirúrgico de la anomalía hizo desaparecer los síntomas⁴. Si la relación entre los PM y los síntomas es poco clara, lo es menos aún para los PM parciales. Por ello en nuestro trabajo sólo incluimos PM en los que la arteria está completamente rodeada

de miocardio en las imágenes axiales y las reconstrucciones multiplanares.

Por otro lado, en nuestro trabajo todos los pacientes consultaron por dolor torácico, no disponíamos de grupo control y no evaluamos la presencia de compresión sistólica. Por todo ello fue imposible analizar la relación entre las características anatómicas del PM (longitud, profundidad y grado de compresión sistólica) y la aparición de síntomas.

José Alberto de Agustín*, Pedro Marcos-Alberca, José Juan Gómez de Diego y Leopoldo Pérez de Isla

Unidad de Imagen Cardíaca, Instituto Cardiovascular, Hospital Universitario San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: albertutor@hotmail.com (J.A. de Agustín).

On-line el 15 de febrero de 2013

BIBLIOGRAFÍA

1. De Agustín JA, Marcos-Alberca P, Fernández-Golfín C, Bordes S, Feltes G, Almería C, et al. Puente miocárdico evaluado mediante tomografía computarizada multidetectores: posible causa del dolor torácico en pacientes más jóvenes con baja prevalencia de dislipemia. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:885-90.
2. Alexánder Rosas E, González AM, Jiménez-Santos M. Angiografía mediante tomografía computarizada cardíaca: una técnica versátil. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:255-7.
3. Kontos MC. Exploraciones de imagen no invasivas para la evaluación de los pacientes de bajo riesgo en unidades de dolor torácico: disponibilidad, utilidad e inconvenientes en la práctica clínica real. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:92-5.
4. Stanczyk A, Hendzel P, Gielesak GG. Puente miocárdico aislado con necesidad de cirugía coronaria en una enferma de 26 años con síncope. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:775-6.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.11.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.12.006>

El grosor íntima-media carotídeo requiere un estudio prospectivo de morbimortalidad en España definitivo

Carotid Intima-media Thickness and Morbidity and Mortality In Spain: A Definitive Prospective Study Is Needed

Sra. Editora:

Hemos leído con interés el artículo «Grosor íntima-media carotídeo en población española: valores de referencia y asociación con los factores de riesgo cardiovascular»¹ publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA y pensamos que esta determinación sigue teniendo más aspectos dudosos que útiles en la prevención cardiovascular. Los autores demuestran una correlación muy tenue con los factores de riesgo cardiovascular, y la mayor es para la edad, seguida del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad. Pensamos que los resultados de este estudio merecen varias consideraciones. La primera es que las guías de prevención cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología especifican que la detección de daño vascular subclínico es útil para mejorar la estimación del riesgo cardiovascular en sujetos de riesgo intermedio². Además, no tienen el soporte de estudios específicamente diseñados, aleatorizados y prospectivos, por lo que no alcanzan un grado de recomendación nivel A, aunque sí de nivel B. La valoración del grosor íntima-media carotídeo (GIMc) y el índice tobillo-brazo

son las dos únicas técnicas que reciben una recomendación de clase IIa.

En segundo lugar, el GIMc tiene tres aspectos limitantes clave. Por una parte, su valor predictivo independiente es bastante bajo y la capacidad de reclasificación del riesgo individual, casi nulo³; segundo, la progresión del GIMc no se correlaciona con un aumento de la incidencia de complicaciones cardiovasculares⁴. Por último, la regresión o estabilización inducida por fármacos no se asocia a reducciones en la incidencia de complicaciones⁵. Algunos de estos aspectos son comunes con el índice tobillo-brazo, aunque este cuenta con algunos puntos fuertes, como tener valor predictivo independiente cuando es patológico incluso en ausencia de clínica de claudicación⁶, tener un papel aditivo a la presencia de otras lesiones vasculares⁷ o incluso la edad avanzada⁸. Además, estos hallazgos provienen de población española.

Como última consideración, podría plantearse qué valora el GIMc: ¿afección cerebrovascular o la carga aterosclerótica total? Los factores de riesgo tienen un efecto diferencial para la aparición de complicaciones en distintos territorios, puesto que la hipertensión arterial y el tabaquismo confieren el mayor riesgo de accidente cerebrovascular⁹, mientras que los lípidos y la diabetes mellitus, el de cardiopatía isquémica². Los resultados de Grau et al¹ parecen señalar que el GIMc refleja la carga aterosclerótica total por su asociación con la edad y el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad, uno de los principales