



0 - TC cardiaco en urgencias ¿ficción o realidad?

G.C. Fernández Pérez

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Resumen

Objetivo docente: Valoración del TC cardíaco en Urgencias, analizando: El riesgo de enfermedad coronaria. La evidencia clínica en distintos estudios publicados. El modo de realización de un TC de urgencias. Comparación con otras pruebas diagnósticas. El tipo de placa y el grado de estenosis. Causas coronarias y no coronarias.

Discusión: La mayor utilidad del TC cardíaco en Urgencias es el dolor torácico agudo, el cual llega a tener una incidencia del 4-10% de los pacientes que llegan al Servicio de Urgencias. De todas las causas que pueden provocar peligro para la vida del paciente, el síndrome coronario agudo es el más difícil de clasificar si los test rutinarios no son concluyentes. Cuando los índices de riesgo coronario son bajos o intermedios (TIMI score) y el ECG y enzimas cardíacas son normales, el valor del TC aporta un diagnóstico de exclusión por su alto valor predictivo negativo. Esto facilita altas hospitalarias más rápidas (18h vs 24,8h en el estudio ACRIN PA 4005 que compara el TC y los test usuales o de 3h en el estudio CT-STAT), así como un menor coste (2.000 vs 3.500\$ en el estudio CT-STAT). Las limitaciones se deben a la calidad del estudio, la existencia de calcificación del vaso que conlleva artefactos que impiden una correcta gradación de la estenosis o las dudas que plantea el identificar una estenosis leve-moderada (25-50%). Esta última, condiciona la realización de estudios posteriores como pruebas de detección de isquemia y contribuye a un aumento del coste final. Pero otra utilidad del TC cardíaco es su capacidad para diagnosticar otras causas no coronarias, como el TEP, la disección aórtica, pericarditis etc. La optimización del contraste para evaluar estas posibilidades, conocido como “triple descarte” es una de los mejores métodos de imagen que ayudan al diagnóstico final o no coronario. Las causas por la que ésta técnica siga siendo una son: la escasa aceptación por parte de los radiólogos. El escaso conocimiento y confianza por parte de los Servicios de Urgencias y Cardiología. La obsolescencia tecnológica para disponer de equipos modernos y aumentar el número de estudios de alta calidad diagnóstica.

Referencias bibliográficas

Goldberg A, Litt H. Evaluation of the patient with acute chest pain. Radio Clin N Am. 2010;48:745-55.

Stillman AE, et al. Use of multi detector computed tomography for assessment of acute chest pain: a consensus statement of the North American Society of Cardiac Imaging and the European Society of Cardiac Radiology. Int J Cardiovasc Imaging. 2007;23:415-27.