

En esta oportunidad el Dr. Juan Manuel Bonelli, Médico Cardiólogo, Jefe del Servicio de Diagnóstico por Imágenes Cardiovasculares del Grupo Gamma y Presidente del Comité Tomografía y Resonancia Cardíaca de la Federación Argentina de Cardiología, nos responde algunas preguntas sobre las últimas guías 2021 de Unidad de Dolor Torácico.



**@*cardiorosario* ¿Qué hay de nuevo en las guías 2021 en la unidad de dolor torácico (UDT)?**

***@juanbonelli***  En esta guía se revisó la terminología previamente utilizada, para incluir el término de placa aterosclerótica no obstructiva (con sus características), además del concepto de obstrucción coronaria. Otro objetivo fue asegurarse de que aquellos pacientes con grados menores de estenosis coronaria que no requieren intervención, sean beneficiados optimizando la terapia (farmacológica) preventiva.





**@*cardiorosario* ¿Qué método de estratificación de riesgo utilizamos en el anginoso crónico?**

***@juanbonelli*** Las nuevas formas de estratificación se hacen a través de la Probabilidad Pre test basadas en los síntomas, sexo y edad del paciente.

* Si es menor al 15% es riesgo bajo.
* Si es mayor al 15 % el riesgo es intermedio-alto.

**@*cardiorosario* ¿Es lo mismo el dolor de pecho agudo que el paciente que consulta por dolores de pecho de más de 3 semanas de evolución (angina crónica)?**

***@juanbonelli*** Es prácticamente lo mismo: los pacientes, sin antecedentes conocidos ni estudios previos: se estratifican y si el riesgo es intermedio (probabilidad del 15 al 50% de tener enfermedad coronaria), se pueden realizar dos tipos de estudios: anatómicos (TCMS) o funcionales (Eco estrés/SPECT estrés/PET estrés/RMC estrés).

En los pacientes anginosos estables conocidos (con lesiones menores al 50%) lo primero que debemos hacer es intensificar el tratamiento farmacológico y diferir los estudios complementarios; una vez optimizado, se indica el estudio por imagen correspondiente a cada paciente.

**@*cardiorosario* ¿En qué paciente debo utilizar la TCMS en la UDT una vez estratificado el riesgo?**

***@juanbonelli*** - En pacientes de riesgo intermedio (TUs de 5 a 14 ng/dl), el 30% de ellos tienen enfermedad obstructiva coronaria.

* Sin antecedentes de enfermedad coronaria y sin estudios previos (clase IA): Valor predictivo negativo alto. Nos permite diagnosticar enfermedad coronaria no obstructiva.
* En pacientes menores de 65 años las chances de que tenga enfermedad aterosclerótica cálcica es menor por lo que nos va a inclinar hacia la TCMS.
* En pacientes donde los diagnósticos diferenciales a descartar incluyan TEP y Síndrome aórtico agudo.
* Estudios funcionales inconclusos.

**@*cardiorosario* ¿Qué aporta la tomografía (TCMS) por encima de la Troponina ultrasensible (TUs) a la estratificación de riesgo?**

***@juanbonelli*** En los pacientes que se le realizó TCMS agregada a la TUs se demostró que no fue necesario continuar con estudios posteriores, con menores costos y sin diferencia en los eventos (MACE) posteriores.

**@*cardiorosario* ¿Qué métodos de estratificación de riesgo conoce en la unidad de dolor torácico agudo?**

***@juanbonelli***  Los métodos de estratificación utilizados habitualmente son el HEART Score, TIMI Score y el GRACE Score, basados en la realización de anamnesis, examen físico, ECG y dosaje de Troponina.



**@*cardiorosario* ¿Qué opina sobre Estrategia anatómica vs. funcional?**

***@juanbonelli*** Se debe seleccionar el mejor test de imagen para el paciente correcto (conociendo las contraindicaciones para cada uno de ellos), con el objetivo de diagnosticar de los verdaderos cuadros coronarios.

Ante la alta sospecha de enfermedad coronaria obstructiva seleccionaremos métodos con un alto valor predictivo positivo (SPECT - PET - RMC estrés).

Ante la baja sospecha seleccionaremos métodos con un alto valor predictivo negativo (TCMS).

**A favor de un estudio funcional:** Localiza la isquemia, cuantifica isquemia, valora motilidad en reposo y post-estrés, cuantifica función ventricular, valora causas no cardíacas de dolor torácico, valora las válvulas.

* Guiar el tratamiento en base al monto isquémico.
* Mayor de 65 años.
* TCMS no concluyente.
* Período de garantía: 1 año.

**A favor de un estudio anatómico:** Valora morfología de la placa y estima el grado de obstrucción

* Descartar enfermedad coronaria/Detectar enfermedad coronaria no obstructiva
* Menor de 65 años
* Sospecha de TEP y Síndrome aórtico agudo
* Test funcionales no concluyentes
* Período de garantía: 2 años.