

Cristina Corrales-Selaya^{1,2}, Nuria Vegas-Revenga³, Jose Antonio Parra Blanco⁴, Virginia Portilla⁵, Ricardo Blanco^{1,2}, Miguel A González-Gay⁶, Iván Ferraz-Amaro⁷, Alfonso Corrales^{1,2}

1.Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Reumatología, Santander, España. 2.Servicio de Reumatología. Grupo de Inmunopatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL. Santander. España. 3.Hospital de Galdácano, Reumatología, Galdakao, España. 4.Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Radiología, Santander, España. 5.Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Enfermería-Reumatología, Santander, España. 6.Universidad de Cantabria, IDIVAL, Santander y Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Reumatología, Madrid, España. 7.Hospital Universitario de Canarias, Reumatología, Tenerife, España.

P023

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan un mayor riesgo de padecer enfermedad cardiovascular (CV) subclínica y, consecuentemente, eventos CV, en comparación a la población general. La cuantificación del calcio coronario (CAC) ha demostrado ser capaz de predecir eventos CV en población sin AR. No existen estudios que hayan estudiado cómo evolucionan los valores de CAC coronario de forma prospectiva en pacientes con AR y qué factores se asocian con la progresión de este.

OBJETIVO

Determinar cómo evolucionan, de forma prospectiva, los valores de CAC en una población de pacientes con AR y qué factores se asociación con la progresión.

MÉTODOS

Estudio longitudinal prospectivo de 95 pacientes con AR sin eventos CV previos que fueron reclutados en 2011. Mediante tomografía axial computarizada multidetector (TACM) se evaluaron los niveles de CAC –score Agastston– basales y tras un tiempo de seguimiento medio de 5 años. Se consideró progresión si el segundo CAC tenía cualquier valor superior al basal. Mediante regresión logística multivariable se analizaron qué factores basales se asociaron con progresión de los valores de CAC.

RESULTADOS

Se incluyeron 95 pacientes con una media de edad de 68 ± 8 años, la mayoría fueron mujeres (n=68, 72%). Las principales características basales se detallan en la **Tabla 1**. Tras un tiempo medio de seguimiento 5.5 ± 0.4 años, en 62 pacientes (65%) se observó un empeoramiento del CAC, mientras que en 33 (35%) no hubo incremento. La edad al inicio del seguimiento mostró una relación significativa con el riesgo de incremento del CAC (OR 1.06 [95%CI 1.003-1.12], p=0.038) (**Tabla 2**). También, los pacientes varones (OR 2.48 [IC95% 0.89-6.91], p=0.083), expresaron un mayor riesgo para este aumento, si bien, en este caso, la significación estadística no se alcanzó. La presencia de factores de riesgo CV clásicos, al inicio del seguimiento, no mostró asociación significativa con la posibilidad de que el CAC empeorara.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES DE 95 PACIENTES CON AR SIN EVENTOS CARDIOVASCULARES PREVIOS.

Características demográficas			
Edad, años (media ± ds)	68 ± 8		
Mujer (n, %)	68 (72)		
Factores de Riesgo CV		Tratamientos	
Fumador actual o exfumador (n, %)	53 (56)	AINEs, (n, %)	39 (41)
Hipertensión, n (%)	34 (36)	Corticoides, (n, %)	47 (50)
Diabetes Mellitus, n (%)	42 (44)	Metotrexato, (n, %)	66 (70)
Dislipemia, n (%)	6 (6)	Leflunomida, (n, %)	10 (11)
Hipertrigliceridemia	50 (53)	Hidroxiclороquina, (n, %)	19 (20)
Obesidad, n (%)	17 (18)	Sulfasalazina, (n, %)	1 (1)
IMC, kg/m2 (media ± ds)	29 ± 9	b-FAMEs , n (%)	41 (4)
Perímetro abdominal, cm (media ± ds)	215 ± 44	Anti-TNF, (n, %)	18 (19)
Colesterol total (media ± ds)	130 ± 37	Tocilizumab, (n, %)	11 (12)
Lipoproteína baja densidad (LDL)(media ± ds)	113 ± 60	Rituximab, (n, %)	2 (2)
Características AR		Abatacept , (n, %)	2 (2)
PCR mg/dl, , mediana [RIC]	12 [6-21]	JAK inhibidores, n (%)	4 (4)
VSG, mm/ 1a hora, mediana [RIC]	2 [0.8-6.0]	Estudio de Riesgo Cardiovascular	
Factor Reumatoide (n, %)	60 (63)	Score 2 (media ± ds)	4.6 ± 2.8
Ac. Antipéptidos citrulinados (n, %)	62 (65)		14.3 ± 10.3
		Qrisk3 (media ± ds)	
		IMT Carotídeo (media ± ds)	0.7 ± 0.2
DAS28_VSG (media ± ds)	3.3 ± 1.4		
DAS28_PCR (media ± ds)	3.0 ±1.2	Placa carotídea, n (%)	67 (71)

Este también fue el caso de los niveles basales de colesterol total, triglicéridos o moléculas de alta y baja densidad. En cuanto a los datos relacionados con la enfermedad, la presencia de factor reumatoide o anticuerpo antipéptido citrulinado, así como los niveles basales de velocidad de sedimentación glomerular y proteína C reactiva al inicio del seguimiento, no se asociaron con cambios en el valor de CAC después de 5.5 años.

Igualmente, los índices de riesgo cardiovascular SCORE2 y QRISK3 no mostraron capacidad predictiva para incremento del valor de CAC. Tras ajuste multivariable, el uso de AINES (OR 0.26 [IC95% 0.10-0.67], p=0.005) e hidroxiclороquina (OR 0.24 [95%CI 0.08-0.73], p=0.012) se asociaron con un menor riesgo de incremento de CAC. No se halló asociación entre el uso inicial de otras terapias y los cambios en CAC. La presencia de placa carotídea al inicio del seguimiento mostró relación univariable significativa con el incremento de CAC. No obstante, tras ajuste por covariables esta significación se perdió si bien se mantuvo una tendencia positiva (OR 2.32 [IC95% 0.88-6.13], p=0.091).

CONCLUSIÓN

Un 65% de pacientes con AR incrementa su valor de CAC tras un seguimiento medio de 5.5 años. Los índices de riesgo CV clásicos no predicen este empeoramiento del CAC. El uso de AINES y hidroxiclороquina, se asocian a un menor riesgo de incremento de CAC. La presencia de placa carotídea podría ser un marcador de progresión de CAC en esta población.

TABLA 2. INCREMENTO EN LOS VALORES DE CALCIO CORONARIO. REGRESIÓN LOGÍSTICA. ANÁLISIS MULTIVARIANTE AJUSTADO POR EDAD Y SEXO.

	UNIVARIANTE			MULTIVARIANTE		
	OR	IC (95%)	p	OR	IC (95%)	p
Edad, años	1.06	1.003-1.12	0.038			
Mujer	2.48	0.89-6.91	0.083			
Fumador actual o pasado	0.88	0.36-2.18	0.79			
Hipertensión	1.64	0.69-3.90	0.26			
Diabetes mellitus	1.06	0.19-6.17	0.94			
Dislipidemia	1005	0.99-1.02	0.18			
IMC kg/m2	0.99	0.95-1.04	0.92			
PCR mg/l	1.07	0.99-1.16	0.11			
Factor reumatoide	0.90	0.38-2.17	0.82			
ACPA	1.27	0.53-3.04	0.59			
DAS28-PCR	0.99	0.70-1.12	0.99			
Puntuación 2	1.13	0.95-1.35	0.16			
Qrisk3	1.02	0.98-1.06	0.39			
AINE	0.27	0.11-0.65	0.003	0.26	0.10-0.67	0.005
Prednisona	0.41	0.17-0.99	0.04	0.45	0.18-1.12	0.085
Metotraxato	2.61	1.06-6.41	0.036	2.25	0.88-5.74	0.090
Hidroxiclороquina	0.30	0.11-0.84	0.021	0.24	0.08-0.73	0.012
Inhibidores del TNF	1.08	0.36-3.20	0.89			
Placa carotídea	2.86	1.15-7.08	0.023	2.32	0.88-6.13	0.091

