

UTILIDAD DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN EL CRIBADO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA



Rosana Albertos², Patricia Corzo¹, Montserrat Ferrer³, Miriam Sidro³, Josep Riera³, Beatriz Frade-Sosa¹, Juan C Sarmiento¹, Ana Azuaga¹, Virginia Ruiz¹, Andrea Zacarias¹, Julio Ramírez¹, José A Gómez¹, Eva Cantín⁴, Sandra Farietta¹.
1. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona (HCB) . 2. Servicio de Medicina Interna. HCB. 3. Servicio de Dermatología. HCB. 4. Escuela de ingeniería informática. Universidad Politécnica de Valencia

Introducción:

Los estudios epidemiológicos enfocados en el riesgo cardiovascular en pacientes con Artritis Psoriásica (APs) y Psoriasis (Ps) han revelado un elevado riesgo de eventos cardiovasculares. Debido al largo periodo de inducción de la arterioesclerosis, estos trastornos resultan adecuados para investigar la enfermedad subclínica con fines preventivos. La enfermedad arterial periférica (EAP) asintomática está asociada con un mayor riesgo cardiovascular. Aunque el índice de presión tobillo-brazo (ITB) es comúnmente utilizado para detectar EAP asintomática, su utilidad en pacientes con APs y Ps aún no se ha determinado.

Objetivo:

Evaluar la utilidad ITB en la detección de arterioesclerosis subclínica en pacientes con APs y Ps, comparándola con controles.

Pacientes y Métodos:

Se llevó a cabo un estudio transversal con tres cohortes de pacientes con APs y Ps, sin hipertensión arterial ni antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV), comparados con controles sanos. La inclusión se realizó de manera consecutiva en las consultas externas de Reumatología y Dermatología de un Hospital terciario entre mayo de 2022 y septiembre de 2023. Se recopilaron variables sociodemográficas, edad, duración de la enfermedad y factores de riesgo cardiovascular clásicos (FRCV). Además, en los pacientes con APs y Ps, se evaluaron biomarcadores inflamatorios: PCR, PCR ultrasensible (PCR-U), VSG y se calcularon índices como el neutrófilo linfocito (NRL), la proporción de plaquetas linfocitos (PRL) y el índice de inflamación sistémica (SII).

El ITB se midió en ambas extremidades y se definió como bajo si era ≤0.9 y elevado si era ≥1.4, siguiendo las directrices internacionales.

Para el análisis de datos, se utilizó Python versión 3.9.13, empleando la prueba de Kruskal-Wallis para comparar las medianas de ITB entre los grupos. La prueba U de Mann-Whitney para evaluar diferencias en ITB y sexo, y la correlación de Pearson para analizar la influencia de las variables del estudio en el ITB de pacientes con APs y Ps.

Resultados:

En la Tabla 1, se describen las características de los pacientes con APs, Ps y controles. Como se puede apreciar en la Figura 1, los pacientes de todas las cohortes con valores de ITB en el rango de 1 a 1.3, considerados normales. Se identificó un ITB bajo (≤0.9), indicativo de la presencia de EAP, en una mujer de 60 años con APs, y en dos mujeres con Ps mayores de 70 años. No se observó el ITB elevado (≥1.40) en ningún sujeto. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mediana del ITB entre las tres cohortes. Se observan diferencias significativas en los hombres con APs de tener un ITB medio más bajo respecto a las mujeres (1.099 ± 0.733 vs 1.134 ± 0.088 p p <0.018), sin embargo, en las cohortes de Ps y controles, hay una tendencia de un ITB medio más alto en las mujeres, aunque no se observan diferencias significativas. Con respecto a los pacientes de nuestra cohorte con APs y Ps, la variable ITB no parece tener ninguna correlación con la edad, duración de la enfermedad, factores de riesgo cardiovasculares clásicos, biomarcadores inflamatorios ni con los índices hematológicos (NRL, PRL ni el SII). Figura 2 a y b.

Conclusiones:

Sobre la base de nuestros resultados, encontramos una baja prevalencia de EAP asintomática según el ITB. No consideramos justificada la realización rutinaria del ITB en pacientes con APs ni Ps sin antecedente de ECV ni HTA, dado los resultados en gran medida negativos. Por lo tanto, no es rentable llevar a cabo un ITB en las consultas en este grupo de pacientes.

Tabla 1: Características demográficas y FRCV clásicos en los pacientes con artritis psoriásica, psoriasis y controles sanos.

Variables	APs (n=73)			Ps (n=43)			Controles (n=68)		
	n	%	Media ± DE	n	%	Media ± DE	n	%	Media ± DE
Edad (año)			53±12			51.9±14			48±15
Perímetro abdominal (cm)			93.7±12			90±12			92.4±13
Mujeres	43	58.9		21	48.8		40	58.8	
A. Familiares de ECV precoz	34	46.6		12	27.9		29	42.6	
Dislipemia	29	39.7		12	27.9		12	17.6	
Diabetes	73	0		43	0		2	2.9	
NAFLD *	13	17.8		5	11.6		2	2.9	
Fumador	15	20.6		14	32.6		22	32.4	
Exfumador	16	21.9		4	9.3		16	23.5	
Alcohol	7	9.6		14	32.6		32	47	
Sedentario	29	39.7		17	39.5		22	32.4	
Sobrepeso/obesidad	49	67.1		25	58.1		34	50	

*NAFLD El hígado graso no alcohólico

Figura 1. Gráfico de densidad del ITB según la población

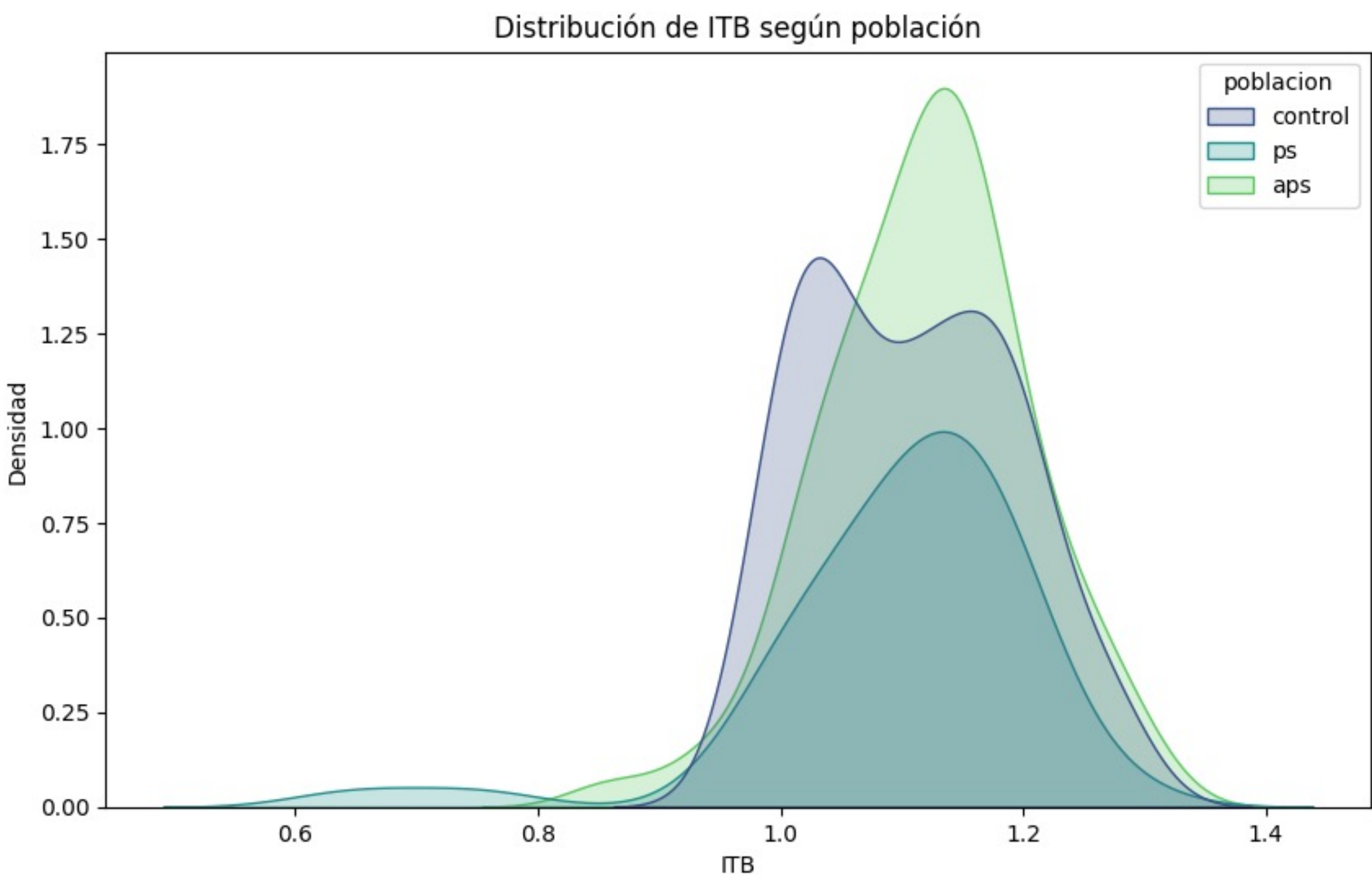


Figura 2 a y b. Matriz de correlación de Pearson en los pacientes Artritis Psoriásica (2a) y Psoriasis (2b)

