

# LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ECOGRAFÍA CAROTÍDEA EN LA VALORACIÓN DE ESCALAS DE ESTIMACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Cristina Zamora Ramos<sup>1</sup>, Alejandra Bartolomé Sanchez<sup>2</sup>, Nicolás García-Arenzana Les<sup>3</sup>, Jorge Ávila Robustillo<sup>1</sup>, María Isabel Pena Yáñez<sup>4</sup>, Eva Pilar Álvarez Andres<sup>1</sup> y Paz Collado Ramos<sup>1</sup>

1. Hospital Universitario Severo Ochoa 2. Hospital Universitario Príncipe de Asturias 3. Hospital Universitario la Paz 4. Hospital Quirónprevención

## Objetivo

Comparar tres escalas para el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV): SCORE2, Framingham-REGICOR y QRISK3 en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y valorar su capacidad predictiva utilizando la ecografía carotídea (EC) como marcador de arterioesclerosis subclínica.

## Métodos

Estudio transversal.

Los pacientes cumplían los siguientes criterios de inclusión: 1.) LES según los criterios de clasificación EULAR/ACR del 2019, 2.) tiempo de evolución de la enfermedad de más de un año desde el diagnóstico y 3.) edad comprendida entre los 40 y 74 años (basado en las limitaciones de las escalas de RCV utilizadas). Se excluyeron por ser clasificados directamente como RCV alto/muy alto a aquellos con diagnóstico de diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y/o que habían presentado un evento cardiovascular (ECV) previo.

Se recogieron como variables del estudio los datos clínicos asociados al RCV, el tratamiento farmacológico y los valores analíticos correspondientes a la actividad del LES.

Se estimó el riesgo de sufrir un ECV en los próximos 10 años utilizando tres escalas de cálculo de RCV: 1.) SCORE2, 2.) Framingham-REGICOR y 3.) QRISK3. El RCV se clasificó como bajo, moderado, alto o muy alto según los porcentajes establecidos para cada escala. La EC se realizó para estimar el grosor íntima media carotídeo (GIMc) y valorar la existencia de placa de ateroma.

En cuanto al análisis estadístico, las variables continuas se describieron con media y desviación estándar (DE), o mediana y rango intercuartílico (RIC) si no seguían una distribución normal.

Para determinar la exactitud diagnóstica y valorar la capacidad predictiva de cada escala se realizó un análisis estadístico en base a curvas ROC. Se estudió la relación de las diferentes escalas de cálculo de RCV con el resultado de la EC (positivo si GIMc >0.9mm o placa de ateroma) describiendo los resultados gráficamente y con el valor del AUC.

## Resultados

81 pacientes. De estos, 74 (91.4%) eran mujeres, con una edad media de 53,3 (DE ± 10,1) años y una duración media de la enfermedad de 17,1 (DE ± 9.2) años. Los FRCV “tradicionales” y el tratamiento de la población a estudio se describen en la *tabla 1*. En cuanto a los valores de laboratorio, se observó una PCR con una mediana de 2 mg/dl (RIC 2), positividad para el antiDNA en el 14,8% de los pacientes y consumo de complemento (C3 y/o C4) en el 21%. La proteinuria solo fue detectada en 3 pacientes. La actividad de la enfermedad, valorada mediante el índice SLEDAI-2K presentó una mediana de 1 (RIC 2), clasificando a la mayoría de los pacientes en actividad baja.

Al aplicar los tres métodos de cálculo de RCV, se objetivó la siguiente clasificación, visible en la *tabla 2*.

La EC fue positiva en 22 pacientes (27,16%). Se identificó un GIMc > 0,9mm en 21 de ellos y placa de ateroma en 10 individuos. La media del GIMc fue de 0,7 (DE ± 0,2) mm. La EC condujo a la reclasificación de algunos pacientes designados inicialmente, mediante el uso de las tres escalas estudiadas, en RCV bajo/moderado. Se reclasificaron como RCV alto o muy alto a un 11,1% de los pacientes valorados por la escala SCORE2, a un 24,7% por Framingham-REGICOR y solo al 4,9% por QRISK3. Al comparar los tres métodos de cálculo de RCV considerando la EC, se comprueba que el AUC del test QRISK3 es de 0,908 (IC95%: 0,839-0.976) frente al 0,889 (IC95%: 0,813-0.964) del SCORE2 y el 0,849 (IC95%: 0,760-0.938) de la escala Framingham-REGICOR.

Fumador		n*=14 (17,3%**)
Exfumador		n=7 (8,6%)
Índice de masa corporal >25		n=42 (51,9%)
• Bajo peso (<18.5)	n=5 (6,2%)	
• Peso normal (18.5-24,9)	n=34 (42,0%)	
• Sobrepeso (25-29.9)	n=13 (16,0%)	
• Obesidad grado I (30-34.9)	n=16 (19,8%)	
• Obesidad grado II (35-39.9)	n=8 (9,9%)	
• Obesidad grado III (40-40.9)	n=5 (6,2%)	
Perímetro abdominal aumentado		n=41 (50,6%)
Hipertensión		n=26 (32,1%)
Dislipemia		n=8 (9,9%)
Síndrome antifosfolípido		n=23 (28,4%)
Sedentarismo		n=64 (79,0%)
Acido acetilsalicílico		n*=21 (25,9%**)
Corticosteroides		n=26 (32,1%)
• Prednisona ≤ 2,5 mg	n=9 (11,1%)	
• Prednisona 2,5 – 7,5 mg	n=15 (18,5%)	
• Prednisona ≥ 7,5 mg	n=2 (2,5%)	
Hidroxicloroquina		n=59 (72,8%)
Metotrexato		n=10 (12,3%)
Rituximab		n=4 (4,9%)
Belimumab		n=2 (2,5%)
Azatioprina		n=7 (8,6%)
Micofenolato de mofetilo		n=8 (9,9%)
Anifrolumab		n=1 (1,2%)

\* n= número de pacientes. \*\* %= porcentaje de pacientes.

Escala	Riesgo cardiovascular teórico			
	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto
SCORE2	n*=67 (82,7%**)		n=13 (16%)	n=1 (1,3%)
Framingham-REGICOR	n=76 (93,8%)	n=4 (4,9%)	n=1 (1,3%)	n=0 (0%)
QRISK3	n=56 (69,1%)		n=25 (30,9%)	

\* n= número de pacientes. \*\* %= porcentaje de pacientes.

Tabla 2. Clasificación de RCV según las escalas SCORE2, Framingham-REGICOR y QRISK3 en los 81 pacientes con LES estudiados.

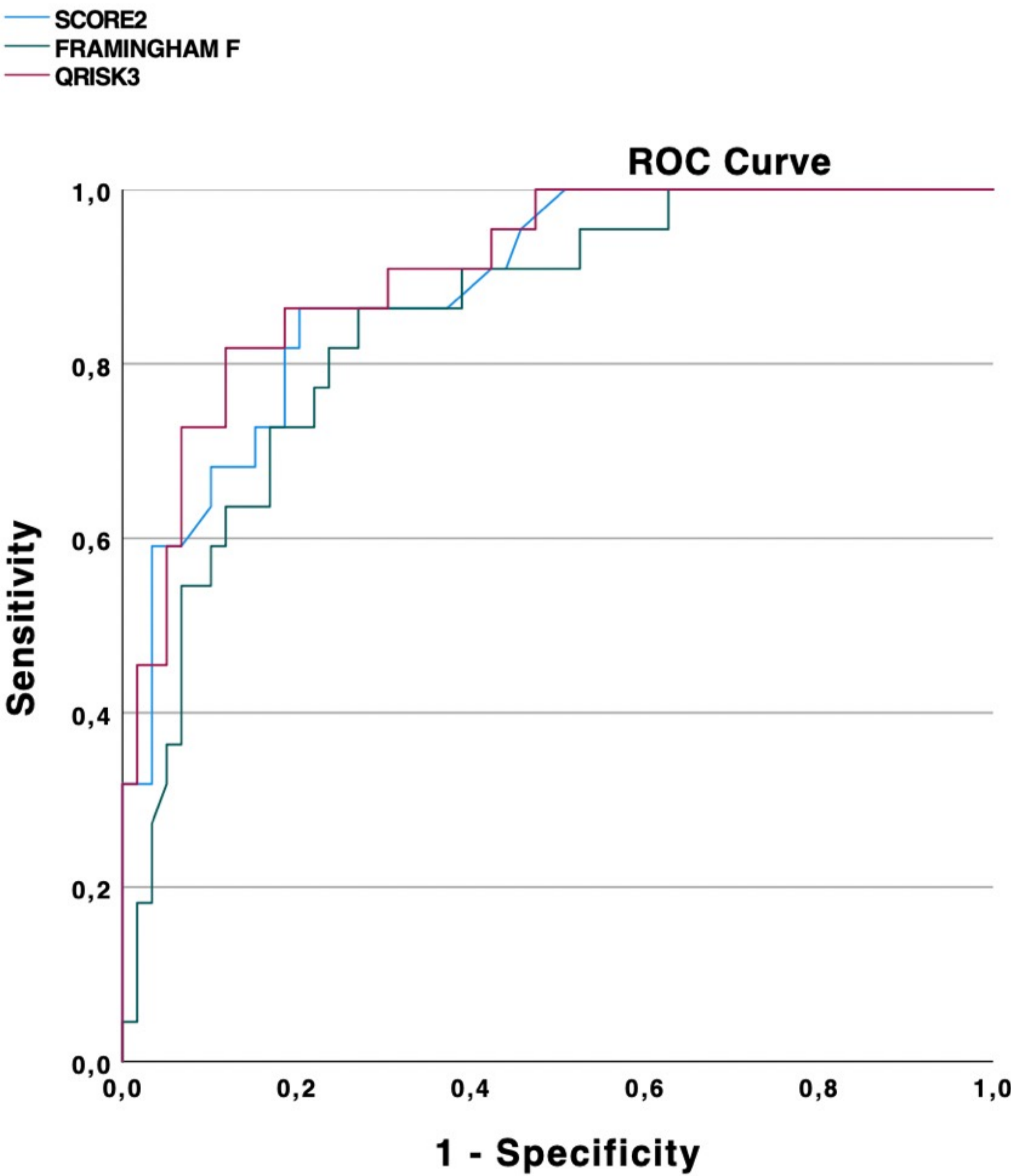


Figura 1. Relación de las escalas SCORE2, la función calibrada Framingham-REGICOR y el QRISK3 con el resultado positivo de la ecografía carotídea (GIMc≥0.9 mm o placa de ateroma).

## Conclusiones

La EC permite la detección precoz de aterosclerosis subclínica. Los resultados de este estudio muestran que el aumento del GIMc y/o la presencia de placa carotídea permiten reclasificar a los pacientes con LES de riesgo bajo/moderado, calculado a través de las escalas de RCV tradicionales, a alto o muy alto tras la valoración ecográfica. Además al comparar las tres escalas de cálculo de RCV, la escala QRISK3 parece presentar una capacidad discriminante superior para identificar a pacientes con un alto riesgo de ECV a los 10 años en la enfermedad lúpica.