

PERFIL LIPÍDICO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Luis María Jiménez Liñán¹, Antonio Cardenal Escarcena², Clara Terol Muñoz³, Sara María Rojas Herrera³, Mirian Yaneth Orellana³, Raúl Veroz González³, José Luis Álvarez Vega⁴.

1.Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. 2.Servicio de Reumatología, Hospital Don Benito-Villanueva, Badajoz. 3.Servicio de Reumatología, Hospital de Mérida. 4.Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción

Las enfermedades inmunomediadas tienen un aumento del riesgo cardiovascular, aunque el perfil lipídico puede variar entre las mismas. En la artritis psoriásica (APs) existe un aumento de los TG y un descenso del HDLc, ligada a la propia obesidad y a la DM, junto con un descenso del LDLc. Además, los tratamientos farmacológicos, como los inhibidores de las JAK no selectivos, también modifican el perfil lipídico, aumentando los niveles de LDLc, HDLc y colesterol total en suero, pero no altera la relación LDL:HDL. Respecto a la Lp(a), se conoce que es un factor de riesgo independiente para aterosclerosis y trombosis, con un aumento de eventos cardiovasculares. La determinación sigue siendo un reto ante la gran heterogeneidad de la estructura y se puede medir en nmol/L o en mg/dl. Se conoce poco acerca del papel de la Lp(a) en las espondiloartritis, en particular en la APs, aunque estudios sugieren que una elevación se asocia a un aumento de la actividad inflamatoria. Se ha propuesto la cifra de ≥50 mg/dL como un punto de corte que determina un aumento del riesgo cardiovascular.

Objetivos

Describir el perfil lipídico y el riesgo cardiovascular de una cohorte de pacientes con APs.

Métodos

Estudio transversal de pacientes diagnosticados de APs en tres hospitales de Badajoz. Se recogieron características clínicas y se realizó un estudio lipídico.

Resultados

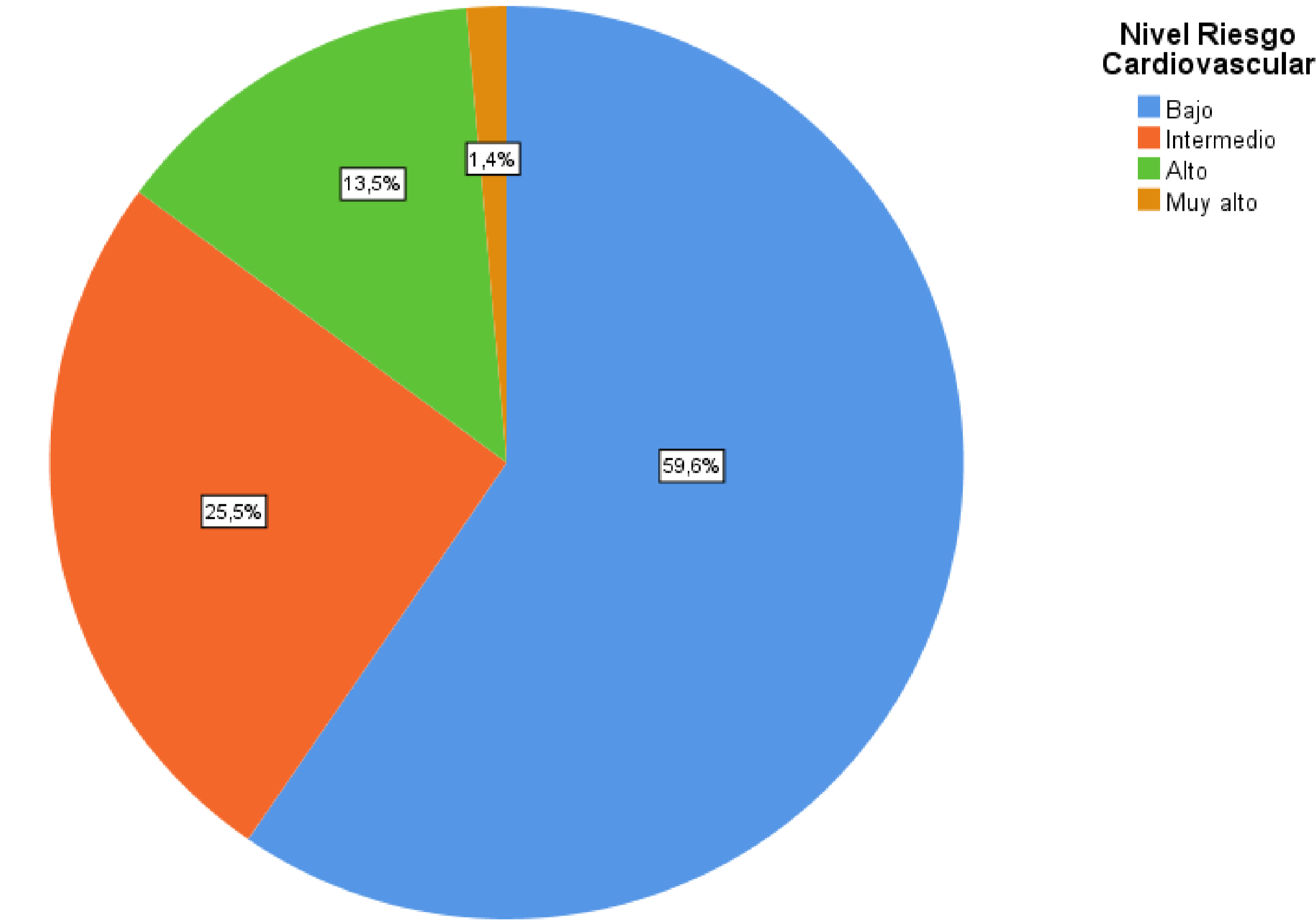
Se incluyeron 159 pacientes, 91 hombres (57,2%), edad media 54,5 ±11,7 años y una mediana del tiempo de evolución de la enfermedad de 7 años (RIC 8). Presentaban HTA el 33,3% de los pacientes, dislipemia 46,5% y diabetes un 10,7%. Ocho pacientes tenían antecedentes de cardiopatía isquémica y 1 pacientes ictus isquémico. Presentaban sobrepeso el 43,9% y algún grado de obesidad el 26,8%. El 41% cumplían criterios de síndrome metabólico. Los niveles de Lp(a) se analizaron en 127 pacientes y se han dividido en rangos de riesgo cardiovascular, en función de los niveles, estableciéndose tres zonas (riesgo bajo, intermedio y alto) (tabla 1), presentando casi un tercio de los pacientes (27,6%) un riesgo alto (tabla 1). Paralelamente, se calculó el riesgo cardiovascular medido por SCORE en 141 paciente, obteniendo un riesgo alto o muy alto en el 14,9% (gráfica 1). El resto de los parámetros se ven reflejados en la tabla 2.

Tabla 1. Riesgo cardiovascular de acuerdo a los niveles de Lp(a) y la presencia o no de SM.

RCV según niveles Lp(a)	SM N (%)	No SM N (%)
Bajo (<30 mg/dl o < 75 nmol/l)	51 (68,9)	30 (60,0)
Intermedio (30-50 mg/dl o 75-125 nmol/l)	3 (4,1)	7 (14.0)
Elevado (>50 mg/dl o > 125 nnmol/l)	20 (27,0)	13 (26,0)

Conclusiones

- Existe un importante porcentaje de pacientes con APs con un riesgo cardiovascular (RCV elevado. Son numerosos los factores que influyen a la hora de realizar el cálculo (la propia enfermedad, los factores de RCV clásicos, los tratamientos modificadores de la enfermedad o los tratamientos farmacológicos de los propios factores de RCV como los hipolipemiantes).
- Es fundamental calcular el RCV de los pacientes y, además, la Lp(a) puede ser de ayudar a la hora de conocer aquellos pacientes de riesgo alto de cara a adoptar medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas de forma precoz.
- Son necesarios estudios analíticos y con un tamaño muestral mayor que establezcan la asociación entre el RCV y la actividad inflamatoria, así como el papel de la Lp(a) en la APs.



Gráfica 1. Riesgo cardiovascular según score2/score2-OP

Tabla 2. Características clínicas y analíticas de los pacientes

Variable	N (%)	
HTA, n (%)	53 (33,3)	
Dislipemia, n (%)	74 (46,5)	
Diabetes Mellitus, n (%)	17 (10,7)	
Hábito tabáquico, n (%)	Fumador/a	30 (19,0)
	Exfumador/a	38 (24,1)
Antecedentes ECV, n (%)	Cardiopatía isquémica	8 (5,0)
	Ictus/AIT	1 (0,6)
Grado obesidad, n (%)	Normopeso	46 (29,3)
	Sobrepeso	69 (43,9)
	Grado I	30 (19,1)
	Grados II y III	12 (7,7)
Síndrome Metabólico	64 (41,0)	
DAPSA. Mediana (RIC)	6.2 (11,5)	
Col Total (mg/dl). Media (DE)	190 (39)	
Hipercolesterolemia (>200) n (%)	61 (38,4)	
Triglicéridos (mg/dl). Mediana (RIC)	98 (62)	
Hipertrigliceridemia (>150 mg/dl) n (%)	34 (21,4)	
LDLcol. Media (DE)	112 (37)	
HDLcol (mg/dl) Mediana (RIC)	Hombre	52 (19)
	Mujer	61 (21)
APO A1 (g/L). Media (DE)	Hombre	156 (35)
	Mujer	171 (34)
APO B (g/L). Media (DE)	Hombre	96 (26)
	Mujer	89 (27)
RCV (SCORE), n (%)	Bajo	84 (59,6)
	Intermedio	36 (25,5)
	Alto	19 (13,5)
	Muy alto	2 (1,4)
Tratamiento antiHTA, n (%)	45 (28,8)	
Tratamiento hipolipemiante, n (%)	58 (36,7)	
Tratamiento ADO/insulina, n (%)	17 (10,7)	
Tratamiento con FAMEsc, n (%)	81 (50,9)	
Tratamiento con FAMEb, n (%)	83 (52,2)	
Tratamiento con FAMEde, n (%)	24 (15,1)	

