



EVALUACIÓN DE LA ARTERIOESCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOGRÈN PRIMARIO MEDIANTE ECOGRAFÍA VASCULAR

Corral Bote, Ana. Carpio Astudillo, Karen. Palomeque Vargas, Aliuska. Aramburu Muñoz, Francisco. González-Montagut Gómez, Carmen. Medina Luezas, Julio.



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sjögren (SSj) es una enfermedad inflamatoria crónica en la que el sistema inmunitario ataca a las glándulas que producen lágrimas y saliva. En relación, se manifiesta clínicamente con síndrome seco, aunque puede afectar a múltiples órganos. El SSj primario en población adulta se asocia raramente con afectación cardíaca sintomática, sí se asocia a un mayor riesgo cardiovascular (CV), incluyendo arterioesclerosis subclínica, debido a factores de riesgo tradicionales y a mecanismos autoinmunes. Sin embargo, los algoritmos actuales de predicción de riesgo CV, como SCORE2/SCORE2-OP, pueden infraestimar el riesgo en esta población, lo que subraya la importancia de la ecografía vascular para evaluar arterioesclerosis subclínica y mejorar la prevención cardiovascular.

OBJETIVOS

- **Principal:** Estimar la prevalencia de placas de ateroma en arterias carótidas y femorales mediante ecografía vascular en pacientes con SSj primario y su relación con el riesgo CV basada en las herramientas predictivas de riesgo CV que se emplean en la población general (SCORE2 y SCORE2-OP), lo que permitirá estudiar posibles discrepancias entre el riesgo CV estimado y la manifestación real de arterioesclerosis.

- Secundarios:

- Describir el número y localización de las placas de ateroma.
- Valorar si el mayor riesgo CV se relaciona con la actividad o duración de la enfermedad o con el perfil de anticuerpos.
- Conocer la frecuencia de los factores de riesgo CV tradicionales en nuestra cohorte de pacientes con SSj primario.

MÉTODOS

Diseño del estudio: Estudio observacional, transversal y unicéntrico.

Participantes: Pacientes mayores de 18 años con SSj primario según criterios EULAR/ACR 2016 y que no tuvieran antecedentes de enfermedad CV conocida, cirugía arterial femoral o carotídea ni neoplasia activa.

Metodología: Inicialmente se realizó una evaluación del riesgo CV y se estimó el riesgo de enfermedad CV a 10 años mediante las herramientas predictivas actuales (SCORE2 y SCORE2-OP), clasificando así a los pacientes en categorías de bajo o moderado, alto riesgo o muy alto riesgo. Posteriormente, se llevó a cabo un estudio ecográfico vascular, examinando bilateralmente las arterias carótidas y femorales. Se registró la presencia, localización y número de placas de ateroma detectadas.

RESULTADOS

Se incluyeron 53 pacientes con SSj primario, el 94,3% mujeres con edades comprendidas entre 35 y 87 años. La tabla 1 recoge los factores de riesgo CV de nuestra cohorte. El análisis de riesgo CV mediante SCORE2/SCORE2OP muestra que el 67,9% de los pacientes tienen un riesgo bajo o moderado, el 26,4% tiene un riesgo alto y el 5,7% tienen un riesgo muy alto. 31 pacientes (58,5%) presentan placas de ateroma. 12 pacientes presentan placas solo en las femorales, 3 en las carótidas y 16 en ambas localizaciones. La media de edad de los pacientes sin placas de ateroma es de 55,23 años, en comparación con la de los pacientes con placas de ateroma, que es de 67,26 años. En cuanto los factores de riesgo CV (tabla 2), hay una relación estadísticamente significativa entre la presencia de HTA y dislipemia y la de placas de ateroma. En relación al riesgo CV (tabla 3), se encontró que el 66,7% de las personas con riesgo CV muy alto y el 92,9% de las personas con riesgo CV alto presentan placas de ateroma, en comparación con el 44,4% de las personas con bajo o moderado riesgo (relación significativa). En la categoría de riesgo bajo o moderado, el 6,3% tiene placas en la carótida, el 50% en la femoral, y el 43,8% en ambas. En los de riesgo alto, el 15,4% tiene placas en la carótida, el 30,8% en la femoral y el 53,8% en ambas. En el grupo de riesgo muy alto, el 100% de los pacientes con placas las tiene en ambas localizaciones. La presencia de anticuerpos o los niveles de PCR y VSG no mostraron relaciones significativas con la presencia de placas de ateroma, los niveles de B2MG sí mostraron una diferencia significativa, las personas sin placas tienen una media de 2,35 y las personas con placas de 3,07.

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular.

		N	%
IMC	Bajo peso	3	5,7
	Normal	29	54,7
	Obesidad	14	26,4
	Sobrepeso	7	13,2
HTA	No	40	75,5
	Sí	13	24,5
Dislipemia	No	30	56,6
	Sí	23	43,4
Col total	No	40	75,5
	Sí	13	24,5
LDLc	No	34	64,2
	Sí	19	35,8
HDLc	No	52	98,1
	Sí	1	1,9
TG	No	49	92,5
	Sí	4	7,5
DM	No	50	94,3
	Sí	3	5,7
Hiperuricemia	No	49	92,5
	Sí	4	7,5
Tabaquismo	Nunca	35	66,0
	Sí	3	5,7
Insuficiencia renal	Exfumador	15	28,3
	No	49	92,5
	Sí	4	7,5

Tabla 2. Relación entre factores de riesgo CV y la presencia de placas de ateroma.

		Placas - No	Placas - Sí	Chi Cuadrado	p
IMC	Bajo peso	33,3	66,7	5,414	0,144
	Normal	55,2	44,8		
	Obesidad	28,6	71,4		
	Sobrepeso	14,3	85,7		
HTA	No	50,0	50,0	4,842	0,028
	Sí	15,4	84,6		
Dislipemia	No	53,3	46,7	3,981	0,046
	Sí	26,1	73,9		
Col total	No	47,5	52,5	2,410	0,121
	Sí	23,1	76,9		
LDLc	No	47,1	52,9	1,203	0,273
	Sí	31,6	68,4		
HDLc	No	42,3	57,7	0,723	0,395
	Sí	0,0	100,0		
TG	No	42,9	57,1	0,486	0,486
	Sí	25,0	75,0		
DM	No	42,0	58,0	0,088	0,767
	Sí	33,3	66,7		
Hiperuricemia	No	44,9	55,1	3,070	0,080
	Sí	0,0	100,0		
Tabaquismo	Nunca	45,7	54,3	0,750	0,687
	Sí	33,3	66,7		
Insuficiencia renal	Exfumador	33,3	66,7	3,070	0,080
	No	44,9	55,1		
	Sí	0,0	100,0		
	Positivo	35,7	64,3		

Tabla 3. Relación entre SCORE2 y la presencia y ubicación de las placas de ateroma.

		Placas de ateroma		X ²	P	Ubicación placas de ateroma			X ²	P
		No	Sí			Carótida	Femoral	Ambos		
SCORE 2 - OP	Bajo o moderado	20	16	9,818	0,007	1	8	7	3,45	0,486
		55,6%	44,4%			6,3%	50,0%	43,8%		
	Alto	1	13			2	4	7		
		7,1%	92,9%			15,4%	30,8%	53,8%		
	Muy alto	1	2			0	0	2		
		33,3%	66,7%			0,0%	0,0%	100%		

CONCLUSIONES

Este estudio confirma la alta prevalencia de placas de ateroma en pacientes con SSj primario con aparente riesgo bajo-moderado según SCORE2/SCORE2-OP empleado en la población general y subraya la importancia de un control exhaustivo de factores de riesgo CV, especialmente en aquellos pacientes con HTA y dislipemia.

- Una monitorización adecuada del riesgo CV, junto con una evaluación ecográfica de arterias carótidas y femorales y un correcto control de la actividad inflamatoria de la enfermedad es fundamental para el manejo clínico en esta población.

