



Aterosclerosis

Dr. Ángel F. González Caamaño / Septiembre 2017

Factores de Riesgo para Aterosclerosis en Enfermedades Autoinmunitarias Sistémicas

Aterosclerosis incrementa su riesgo cuando se asocian con las enfermedades autoinmunitarias sistémicas (EAIS) clínicas y sub-clínicamente. La mayor parte de evidencia es referida al lupus eritematoso sistémico (LES) y a la artritis reumatoide (AR). En el LES, la AE se presenta a edades más tempranas y con lesiones más severas y en la AR es más prevalente que la esperada para cada edad y sexo. Sin embargo, otras enfermedades con similar patogenia inflamatoria –espondilitis anquilosante, enfermedad de Behcet, arteritis de Takayasu, síndrome de Sjögren, artritis psoriásica-, también presentan desarrollo precoz de lesiones AE y manifestaciones clínicas que determinan un aumento de la morbimortalidad cardiovascular.



Los pacientes con LES y AR presentan mayor prevalencia y severidad de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales (dislipemia, hipertensión arterial, intolerancia a hidratos de carbono, obesidad, sedentarismo) si se los compara con grupos controles. Se presume que tienen un papel activo importante en la progresión de las lesiones ateromatosas, pero no se ha podido explicar por sí solos el desarrollo precoz de AE. Esta observación puede hacerse extensiva a otras EAIS. A continuación revisaremos los hechos distintivos que presentan los FRCV tradicionales y no tradicionales en esta población así como los tratamientos que ~an mostrado beneficio.

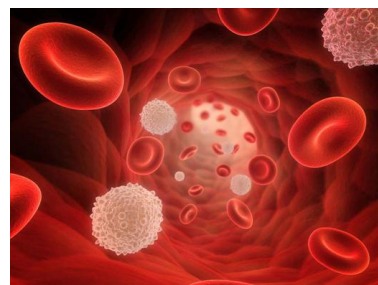
Valoración del Riesgo Cardiovascular, Consideraciones Clínicas y Objetivos Terapéuticos

Las tablas de riesgo cardiovascular como el de Framingham y el desarrollado en el contexto del estudio PDAY (Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth) para valorar el riesgo en pacientes jóvenes, no se mostraron útiles para predecir riesgo AE en pacientes con LES y AR. Desde el punto de vista práctico, debe estimarse un riesgo relativo de eventos cardiovasculares mayor al estimado por estos lineamien-



tos pues no consideran los factores asociados a EAIS. Las manifestaciones clínicas de AE no difieren de las halladas en la población general, excepto por la edad de presentación. Este hecho es importante ya que puede subestimarse la relevancia de algunas manifestaciones, como el angor en la población joven. En pacientes con LES los factores de riesgo más frecuentemente asociados a angor fueron HTA y obesidad.

En los pacientes con AR se ha encontrado mayor prevalencia de isquemia silente que en la población general, así como mayor frecuencia de muerte súbita. Es frecuente que los FRCV no sean adecuadamente reconocidos tanto por el paciente como por el médico y, por tanto, inadecuadamente tratados. Se recomienda el screening regular de los FRCV en los pacientes con EAIS.



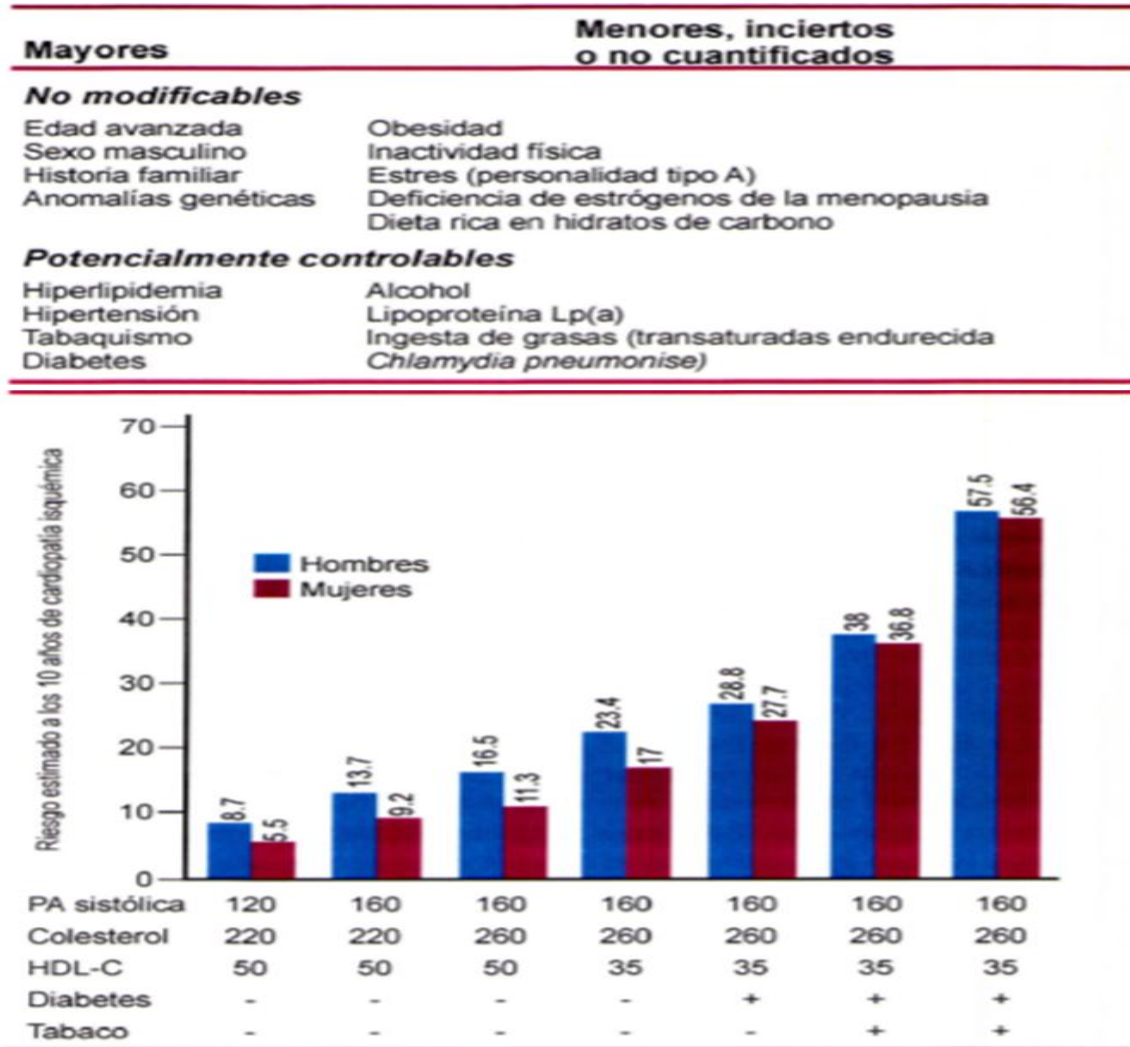
Debe incluir interrogatorio en referencia a tabaquismo, medida de presión arterial y peso corporal, perfil lipídico, antecedente familiar de enfermedad cardiovascular temprana y glicemia de ayuno. La dosificación de homocisteína no está indicada de rutina. La búsqueda de disfunción endotelial por métodos no invasivos es recomendada por muchos expertos, dado que algunos fármacos pueden revertir estas alteraciones. Se recomienda la realización de radiografía de tórax, electrocardiograma (ECG) y ergometría como parte de la valoración cardiovascular; aunque discutida su realización sistemática, algunos expertos sugieren la realización de eco doppler de vasos de cuello para la búsqueda de ateromatosis subclínica.

El ecocardiograma no debe ser solicitado de rutina sino ante la sospecha de pericarditis, endocarditis, hallazgos anormales en ECG, HTA pulmonar o HTA sistémica. Basado en el concepto de que el LES imprime una condición similar a la diabetes en lo que refiere al riesgo cardiovascular y ante la ausencia de guías específicas, muchos expertos sugieren valores objetivo propuestos por la American Diabetes Association.

Valores Objetivo	
Presión arterial	< 130/80 < 125/75 si hay enfermedad renal
Glicemia de ayuno	< 110 mg/dl
Colesterol LDL	< 100 mg/dl
Triglicéridos	< 150 mg/dl
Colesterol HDL	> 40 mg/dl
Tabaco	Cese del hábito
Peso corporal	< 25 kg/m ²
Ejercicio físico aeróbico	150 minutos/semana (moderado) 90 minutos/semana (vigoroso)

Valores Objetivos. American Diabetes Association

Los mismos se podrían hacer extensiva portadores de AR u otras EAIS. Los factores de riesgo que predisponen a la AT y la CI resultante se ha identificado mediante un número de estudios respectivos en grupos de población bien definidos, en particular el Framingham (Massachussets) Study y el Múltiple Risk Factor Intervetion Trial. Los factores constitucionales comprenden edad, sexo y genético.



Riesgo estimado a los 10 años de ateriopatía coronaria. Múltiples Risk Factor Intervetion Trial.