



Reumatología Clínica



<https://www.reumatologiainclinica.org>

P117 - Estudio observacional del perfil cardiovascular en pacientes con Artritis Reumatoide: importancia de la ecografía carotídea

R. Jiménez Gascó¹, R. Ortega Castro^{2,3,4}, P. Seguí-Azpilicueta⁵, J. Calvo Gutiérrez^{2,3,4} y A. Escudero Contreras^{2,3,4}

¹Reumatología. Hospital Santa Bárbara. Puertollano. ²Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Universidad de Córdoba. ⁴Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ⁵Radiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

Objetivos: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica crónica, caracterizada por sinovitis persistente de pequeñas articulaciones. Aunque la membrana sinovial es el foco principal, esta patología puede manifestarse de forma extraarticular, dando lugar a comorbilidades tales como la aterosclerosis acelerada y la enfermedad cardiovascular (CV), suponiendo una de las principales causas de mortalidad en estos pacientes, por ello el papel del reumatólogo no se debe limitar al control de la inflamación, sino que debe conocer y actuar sobre la comorbilidad asociada a la enfermedad. El objetivo de este estudio es determinar el riesgo CV y prevalencia de factores de riesgo CV en los pacientes con AR, así como establecer si realizamos una buena estrategia de estratificación de este riesgo con el SCOREm.

Métodos: Estudio observacional y transversal en el que se incluyeron 90 pacientes de la consulta monográfica de AR del Hospital Reina Sofía de Córdoba. En todos ellos se recogieron datos sociodemográficos y valores relacionados con la actividad de la enfermedad (VSG, PCR), autoanticuerpos (FR y ACPA) y parámetros metabólicos (glucemia basal, perfil renal, lipídico, tiroideo y uricemia). La medición del grosor de la íntima media (GIM) y la presencia de placa de ateroma se evaluó mediante ecografía carotídea (patológica si GIM > 0,9 mm o engrosamiento focal > 1,5 mm) y la estratificación de riesgo cardiovascular mediante el SCOREm. Se realizó un estudio descriptivo de las variables y para valorar la asociación entre ellas se realizó un análisis bivariante del estadístico chi-cuadrado. La variable SCOREm se consideró como la variable principal (bajo, moderado, alto y muy alto riesgo), para comprobar que variables se asociaron de forma independiente con la misma se realizó un análisis de regresión logística binaria.

Resultados: De los 90 pacientes incluidos, 75,6% eran mujeres con una edad media de $55,21 \pm 11,53$ años. Las características del perfil CV de los pacientes se muestran en la tabla. Según la estratificación SCOREm, el 61,1% presentaban riesgo bajo, 20% moderado, 6,7% alto y el 12,2% muy alto. Para valorar la relación entre el SCOREm y presencia de placa de ateroma por ecografía carotídea se realizó un análisis de contingencia con ambas variables observando que un 14,4% de pacientes eran clasificados como de bajo riesgo a pesar de presentar placas de ateroma (chi-cuadrado = 10,34; $p = 0,001$). Si se incluía en el SCOREm el GIM, dicho porcentaje se reducía al 4,4% (chi-cuadrado = 8,98; $gl: 1$; $p = 0,003$). Al estudiar la magnitud de la asociación entre la presencia de placa de ateroma y el SCOREm, la placa resultó ser buen predictor de riesgo CV (OR = 4,3; IC95%: 1,73-10,74 y $p = 0,001$). El análisis de regresión logística mostró que el daño radiológico, edad, niveles de TG y sexo se asociaron con la presencia de placa ($\chi^2 = 49,67$, $p = 0,000$).

Características	Media (DE) o N (%)
Edad (años)	55,21 ± 11,53
Sexo (mujeres)	68 (75,6)
Índice de masa corporal (peso (kg)/talla (m ²))	27,09 ± 5,52
Fumador activo	20 (22,2)
Hipertensión arterial	27 (30)
Dislipemia	24 (26,7)
Hiperuricemia	9 (10)
Disfunción tiroidea	18 (20)
Diabetes tipo 2	5 (5,6)
Evento cardiovascular durante AR	6 (6,7)
Colesterol	200 ± 37,27
Triglicéridos	114 ± 56,78
Apolipoproteína B	85,62 ± 20,23
Glucemia	92,36 ± 28,27
Tensión arterial sistólica	128,76 ± 20,76

Conclusiones: En nuestro estudio se infraestimó el riesgo cardiovascular en un porcentaje de pacientes, en los que se objetivó datos de aterosclerosis subclínica mediante ecografía. Por todo ello, es importante la implicación del médico reumatólogo en la adecuada evaluación del riesgo cardiovascular asociado en estos pacientes, y plantearnos hacer uso de técnicas como la ecografía de carótida que nos permitan identificar mejor a los pacientes.

Bibliografía

1. Curr Rheumatol Rep. 2010;12:379-85.
2. Nat Rev Rheumatol. 2015;11:693-704.