

Revista Clínica Española



https://www.revclinesp.es

907 - OBESIDAD Y LIPOPROTEÍNA(A): ¿EFECTO COMBINADO O RIESGO INDEPENDIENTE?

Andrea Bastos Precedo, Alejandro Maceín Rodríguez, Irene Madejón Sánchez, Alejandra Calle Martínez, Lucía Domínguez Parreño, Purificación Romero Jiménez, María del Rosario Iguarán Bermúdez y Manuel Méndez Bailón

Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Analizar y comparar las características clínicas, comorbilidades y pronóstico de pacientes con hiperlipoproteinemia(a) según la presencia de obesidad.

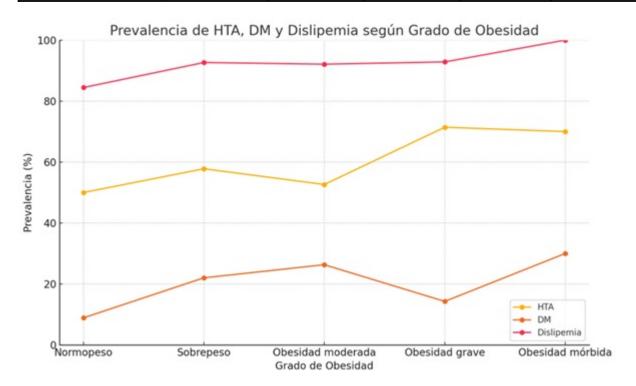
 $M\acute{e}todos$: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes con lipoproteína(a) > 30 mg/dL, los cuales fueron clasificados según el grado de obesidad (normopeso, sobrepeso, obesidad moderada, obesidad grave y obesidad mórbida). Se analizaron variables clínicas, analíticas, pronósticas, comorbilidades y de tratamiento. Las variables cualitativas fueron analizadas con pruebas de chi-cuadrado y las continuas con ANOVA, considerando la significación estadística en p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 261 pacientes, con una edad media algo mayor en el grupo de obesidad mórbida (70,2 años) frente al normopeso (60,8 años), sin significación estadística (p 0,170). En lo que respecta a comorbilidades (tabla 1), la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia fue superior en los grupos con mayor obesidad (fig.), así como la cardiopatía isquémica; mientras que el tabaquismo fue menos frecuente. No obstante, la mayoría de estas diferencias no alcanzaron la significación estadística; únicamente detectada en la hepatopatía leve, que aumentó con la obesidad (p 0,020). Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a fibrilación auricular, ictus ni enfermedad renal. Analíticamente (tabla 2), en la obesidad severa se evidenciaron niveles más bajos de HDL y más altos de triglicéridos (p < 0,001), al igual que una Hb A_{1c} mayor (p 0,024); sin diferencias en el colesterol total ni LDL. Tampoco se observó una correlación significativa entre el grado de obesidad y los niveles de Lp(a) (p 0,200). En el ecocardiograma, la FEVI se mantuvo estable en todos los grupos, pero la hipertrofia ventricular izquierda fue significativamente mayor en aquellos con obesidad (p 0,036). Se obtuvieron diferencias en la esteatosis hepática, que fue mayor en estos pacientes (p 0,003). Aunque el uso de estatinas y otros hipolipemiantes fue alto en todos los grupos, los pacientes con mayor obesidad necesitaban mayores reducciones adicionales de LDL para alcanzar objetivos (p 0,048). El uso de fibratos fue mayor en obesidad grave (21,4%) y mórbida (10,0%), frente al 2,2% en normopeso (p 0,042). Por último, los pacientes con obesidad grave y mórbida experimentaron más visitas a urgencias por causas cardiovasculares (p 0,033) y mayor mortalidad (30% en obesidad mórbida; p 0,001), sin diferencias relevantes en el número de ingresos (p 0,355).

Tabla 1						
	Normopeso (n	Sobrepeso (n		Obesidad	Obesidad	p
Comorbilidad	= 90)	= 109)	moderada (n	_	mórbida (n	
			= 38)	14)	= 10)	
Hipertensión arterial	50%	57,8%	52,6%	71,4%	70,0%	0,441
Diabetes mellitus	8,9%	22,0%	26,3%	14,3%	30,0%	0,058
Dislipemia	84,4%	92,7%	92,1%	92,9%	100,0%	0,250
Tabaquismo activo	7,8%	21,1%	13,2%	7,1%	10,0%	0,089
Fibrilación auricular	14,4%	13,8%	10,5%	14,3%	10,0%	0,976
Albuminuria	4,4%	7,3%	2,6%	7,1%	10,0%	0,762
Enfermedad coronaria	28,9%	26,6%	13,2%	42,9%	40,0%	0,163
Enfermedad	4,4%	4,6%	5,3%	7,1%	10,0%	0,943
cerebrovascular						
Enfermedad arterial	1,1%	5,5%	7,9%	0,0%	10,0%	0,256
periférica						
Insuficiencia cardíaca	7,8%	7,3%	7,9%	7,1%	10,0%	0,999
Enfermedad renal crónica	8,9%	4,6%	5,3%	7,1%	10,0%	0,772
moderada/grave						
EPOC	<u> </u>	8,3%	0,0%	0,0%	10,0%	0,256
Demencia	14,4%	7,3%	0,0%	0,0%	10,0%	0,056
Hepatopatía leve	1,1%	2,8%	2,6%	7,1%	20,0%	0,020
Hepatopatía	1,1%	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	0,574
moderada/grave						
Tumor sólido sin	10,0%	5,5%	10,5%	0,0%	10,0%	0,543
metástasis						
Tumor sólido con	2,2%	0,0%	2,6%	7,1%	0,0%	0,252
metástasis						
Leucemia/linfoma		0,9%		0,0%	10,0%	0,109
Ulcus péptico	4,4%	1,8%	2,6%	14,3%	0,0%	0,165
Enfermedad del tejido	4,4%	3,7%	2,6%	0,0%	0,0%	0,875
conectivo						<u> </u>
Hemiplejia	1,1%	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	0,574
SIDA	1,1%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,957

Tabla 2						
Biomarcadores analíticos	Normopeso (n = 90)	_ ` `			Obesidad mórbida (n = 10)	p
Colesterol total (mg/dL)	184,4 ± 52,5	173,4 ± 43	178,5 ± 41,3	161,2 ± 24,9	199,1 ± 65,1	0,161
HDL (mg/dL)	61,3 ± 17,7	56,4 ± 13,9	54 ± 13,8	43,6 ± 6,5	63,2 ± 23	< 0,001
LDL (mg/dL)	103,9 ± 44,3	94,8 ± 35,8	$97,2 \pm 37,6$	$91,6 \pm 24,6$	$109,3 \pm 38,7$	0,415
Triglicéridos (mg/dL)	97,7 ± 51,6	106,8 ± 54,5	137,4 ± 58,1	170,9 ± 125,4	132,4 ± 72,7	< 0,001
Lipoproteína (a) (mg/dL)	96,35 ± 45,6	101,5 ± 41,7	$104,3 \pm 40,1$	90,5 ± 41,8	122 ± 46,7	0,353
Albúmina (g/dL)	4.2 ± 0.4	4.3 ± 0.4	4.2 ± 0.3	4.1 ± 0.4	4.1 ± 0.6	0,324
Creatinina (mg/dL)	0.9 ± 0.2	0.9 ± 0.2	0.9 ± 0.3	0.9 ± 0.2	0.9 ± 0.2	0,871

Filtrado glomerular	78.8 ± 16.4	$78,3 \pm 14$	$81,6 \pm 14,9$	$79,5 \pm 19,4$	$66,6 \pm 21,4$	0,184
$(mL/min/1,73 m^2)$						
PCR (mg/L)	$10,4 \pm 19,6$	9.3 ± 19.2	$12,2 \pm 27,9$	$20,3 \pm 22,7$	$27,9 \pm 48,6$	0,143
$\mathrm{HbA}_{1\mathrm{c}}$	$5,6 \pm 0,5$	5.8 ± 0.5	5,9 ± 1	5.8 ± 0.1	6.2 ± 0.7	0,024
Ferritina (ng/mL)	$93,7 \pm 101,9$	97 ± 104,6	$98,6 \pm 103,5$	$128,7 \pm 93,2$	49,8 ± 31,1	0,694



Discusión: En nuestro estudio se evidenció que los pacientes con hiperlipoproteinemia(a) y obesidad presentan un perfil clínico y analítico más desfavorable. Cabe destacar la mayor frecuencia de hepatopatía leve y esteatosis hepática, reflejo del conocido vínculo entre obesidad y daño hepático metabólico. La interacción entre obesidad y Lp(a) elevada podría potenciar el riesgo vascular, aunque esta relación no alcanzó la significación en nuestro estudio, de forma consistente con la evidencia previa, que apunta a que la Lp(a) está mayoritariamente determinada por factores genéticos, y no tanto por condiciones metabólicas como el peso corporal.

Conclusiones: La obesidad en pacientes con hiperlipoproteinemia(a) agrava el riesgo vascular y se asocia a peor pronóstico, pese a no modificar los niveles de Lp(a).