Rev Clin Esp. 2025;225(Supl 1):S103

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

698 - CUANDO LA LIPOPROTEÍNA(A) CAMBIA LAS REGLAS: IMPACTO EN LA RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO VASCULAR

Alejandro Maceín Rodríguez[1], *Andrea Bastos Precedo*[1], *Irene Madejón Sánchez*[1], *Alejandra Calle Martínez*[1], *Lucía Domínguez Parreño*[1], *Alejandro Rivera Delgado*[1], *Anabel Paredes Doutón*[2] *y Manuel Méndez Bailón*[1]

[1]*Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.* [2]*Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.*

Resumen

Objetivos: Evaluar la influencia de la Lp(a) en la estimación del riesgo vascular en pacientes con hiperlipoproteinemia(a).

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes con hiperlipoproteinemia(a) (Lp(a) > 30 mg/dL). Se utilizó el coeficiente de correlación del riesgo vascular estimado según las recomendaciones de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (fig.). De esta forma, se comparó un grupo de pacientes en el que la inclusión de Lp(a) provocó una modificación en la clasificación del riesgo vascular frente a otro en el que dicha inclusión no alteró la estratificación inicial (SCORE2). Las variables incluidas fueron clínicas, analíticas y comorbilidades. Fueron utilizadas pruebas de chi-cuadrado y Fisher para aquellas categóricas y test de Student o U de Mann-Whitney para las continuas. Se consideró la significación estadística en p < 0,05.

Resultados: El estudio incluyó a 154 pacientes con hiperlipoproteinemia(a) en prevención primaria. En el 26% (n = 40) la Lp(a) supuso una modificación en la clasificación del riesgo vascular, mientras que esta permaneció inalterada en el 74% (n = 114). La edad media fue ligeramente inferior en el grupo donde el riesgo cambió (56 vs. 59,9 años; p 0,056). En cuanto al sexo, los varones estuvieron sobrerrepresentados en este grupo (47,5 vs. 21,1%; p 0,001). Respecto a las comorbilidades (tabla 1), únicamente la presencia de diabetes mellitus mostró diferencias destacables, con mayor prevalencia en el grupo sin modificación del riesgo; mientras que otras comorbilidades y factores de riesgo vascular como EPOC, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, hipertensión arterial o tabaquismo, no demostraron asociaciones significativas entre los grupos. Tampoco hubo diferencias significativas según el índice de Charlson (p 0,460); alrededor del 90% de pacientes en ambos grupos presentaron baja comorbilidad. Entre los parámetros bioquímicos (tabla 2), en el grupo en el que el riesgo se modificó, como era esperable, la Lp(a) fue significativamente más alta, al igual que el colesterol HDL. Otros valores, como el colesterol total, LDL o los triglicéridos, no mostraron diferencias, aunque algunos, como la PCR ultrasensible y la ferritina, sugirieron tendencias que podrían ser objeto de análisis en futuros estudios.

Tabla 1

Variables clínicas	Riesgo modificado por lp(a)	Riesgo no modificado	p
Hipertensión arterial	50,0%	43,9%	p 0,502
Tabaquismo activo	20,0%	14,0%	p 0,371
Extabaquismo	17,5%	22,8%	p 0,586
Hipercolesterolemia familiar	7,5%	11,4%	p 0,486
Fibrilación auricular	5,9%	14,0%	p 0,126
Diabetes mellitus	5,0%	21,1%	p 0,020
Tumor sólido sin metástasis	5,0%	2,6%	p 0,605
Arteriopatía periférica	2,5%	0,0%	p 0,260
Tumor sólido con metástasis	2,5%	0,0%	p 0,260
Ulcus péptico	2,5%	1,8%	p 1,000
Enfermedad del tejido conectivo	2,5%	3,5%	p 1,000
Demencia	0,0%	7,0%	p 0,085
Hepatopatía leve	0,0%	4,4%	p 0,328
Insuficiencia cardíaca	0,0%	3,5%	p 0,573
EPOC	0,0%	3,5%	p 0,573
Enfermedad renal crónica moderada	0,0%	0,9%	p 1,000

Tabla 2

0014-2565 / © 2025, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Variables analíticas	Riesgo modificado por lp(a)	Riesgo no modificado	p
Colesterol total (mg/dL)	184,8 ± 56,6	191,8 ± 41,3	p 0,406
HDL (mg/dL)	56 ± 13,7	62,8 ± 17	p 0,024
LDL (mg/dL)	106,6 ± 49,8	106,9 ± 33,8	p 0,964
Triglicéridos (mg/dL)	125,3 ± 86,9	110,8 ± 61,8	p 0,098
Lipoproteína (a) (mg/dL)	116,6 ± 49,7	100,6 ± 36,8	p 0,033
ApoB (mg/dL)	99,42 ± 32,79	96,74 ± 25,84	p 0,651
Albúmina (g/dL)	4,3 ± 0,3	4,3 ± 0,3	p 0,227
Creatinina (mg/dL)	0,9 ± 0,2	0,8 ± 0,2	p 0,151
Filtrado glomerular (mL/min/1,73 m^2)	82,7 ± 10,9	80,8 ± 13,4	p 0,355
NT-proBNP (pg/mL)	361 [97,5-845]	229 [54-974]	p 0,874
PCR ultransensible (mg/L)	4,7 ± 11,5	2,8 ± 6,3	p 0,632
Ferritina (ng/mL)	129,2 ± 100,9	74,7 ± 92	p 0,001
HbA_{1c} (%)	5,74 ± 0,87	5,81 ± 0,6	p 0,579

Lp(a)		Coeficiente de corrección del riesgo CV estimado	Exceso de riesgo por niveles de Lp(a)
mg/dL	nmol/L		
25	50	1,16	Ninguno o leve
37,5	75	1,24	
50	100	1,34	Moderado
75	150	1,54	
100	200	1,78	Alto
125	250	2,05	
150	300	2,36	
175	350	2,73	
>200	>400	>3	Muy alto

0014-2565 / © 2025, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Discusión: La inclusión de la Lp(a) llevó a un cambio en la puntuación y la clasificación de riesgo en el 26% de los pacientes, lo que sugiere que este marcador puede tener un impacto clínico significativo, especialmente en contextos de prevención primaria, fundamentalmente en subgrupos como los hombres y aquellos sin diabetes. Esta reclasificación puede influir en decisiones terapéuticas. La ausencia de diferencias relevantes en cuanto a factores de riesgo vascular y comorbilidades entre ambos grupos sugiere que la modificación del riesgo atribuible a la Lp(a) es relativamente independiente de la carga basal de enfermedad aterosclerótica. La evidencia refuerza la necesidad de considerar la Lp(a) en la práctica habitual para la valoración del riesgo vascular global, incluso en pacientes con baja comorbilidad.

Conclusiones: La inclusión de la Lp(a) permitió reclasificar a un número considerable de pacientes, identificando a quienes podrían beneficiarse de una intervención más intensiva. Nuestro estudio apoya la idea de que la Lp(a) actúa como un factor de riesgo independiente.

0014-2565 / © 2025, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.