



427 - ¿DEBERÍAMOS DISMINUIR MÁS EL LÍMITE DE LIPOPROTEÍNA (A) CUANDO HABLAMOS DE RIESGO VASCULAR?

María del Rocío Molina León, María Romero Linares, Ana Belén Cuello Castaño y Eduardo Carmona Nimo

Medicina Interna, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España.

Resumen

Objetivos: Los umbrales universales para los niveles de lp(a) que identifican un mayor riesgo no son uniformes en todas las guías; sin embargo, en la mayoría de los casos, los niveles de Lp(a) > 50 mg/dL se han considerado fuertemente asociados con la incidencia de enfermedad cardiovascular. El objetivo principal es estudiar la asociación entre riesgo vascular y niveles de lp(a) menores al actualmente establecido.

Métodos: Se recogieron datos clínicos y analíticos de pacientes con una determinación de niveles de Lp(a) en los años 2018, 2019 o 2020 y que presentaban niveles mayores o iguales a 14 mg/dl. Seguimiento de los casos durante 3 años y registro de eventos isquémicos previos y nuevos que tuvieran lugar durante el tiempo de estudio así como mortalidad por cualquier causa. Se realizó análisis univariante de cada una de las variables (con puntos de corte de 30 y 50 mg/dl) según eventos previos y multivariante teniendo en cuenta el menor punto de corte de lp(a) (niveles > 30 mg/dl) para realizar curva COR. Los datos se han analizado con el programa estadístico SPSS v.26 y cuentan con el permiso del Comité de Ética.

Resultados: La población total recogida en la base de datos son 503 individuos. 364 presentaban lp(a) > 30 mg/dl y 255 lp(a) > 50 mg/dl. Ambos puntos de corte se relacionaron de forma estadísticamente significativa con eventos previos y durante el seguimiento (tablas) pero no con mortalidad. En el análisis multivariante se incluyeron aquellas variables con significación en el análisis univariante establecido según eventos previos (también se añadieron otros factores de riesgo cardiovasculares clásicos presentes en un gran número de estudios). Como punto de corte de la Lp(a), se eligió 30 mg/dl. La curva COR del modelo multivariante obtuvo un área bajo la curva de 0,76 para la predicción de eventos isquémicos.

Tabla 1. Análisis univariante según eventos isquémicos previos

	Sin eventos previos (N = 358, 71,2%)	Con eventos previos (N = 145, 28,8%)	OR (IC)	p
Características demográficas				

Edad ≥ 59 años	198 (55,3)	72 (49,7)	0,80 (0,54-1,17)	0,250
Hombres (%)	133 (37,2)	102 (70,3)	4,01 (2,65-6,08)	0,001

Factores de riesgo cardiovasculares

Tabaquismo (%)	78 (21,8)	54 (37,2)	2,13 (1,40-3,24)	0,001
Hipertensión arterial (%)	168 (46,9)	106 (73,1)	3,07 (2,02-4,69)	0,001
Diabetes mellitus (%)	76 (21,2)	38 (26,2)	1,32 (0,84-2,06)	0,227
Obesidad (%)	93 (26,0)	49 (33,8)	1,45 (0,96-2,21)	0,078

Otras comorbilidades

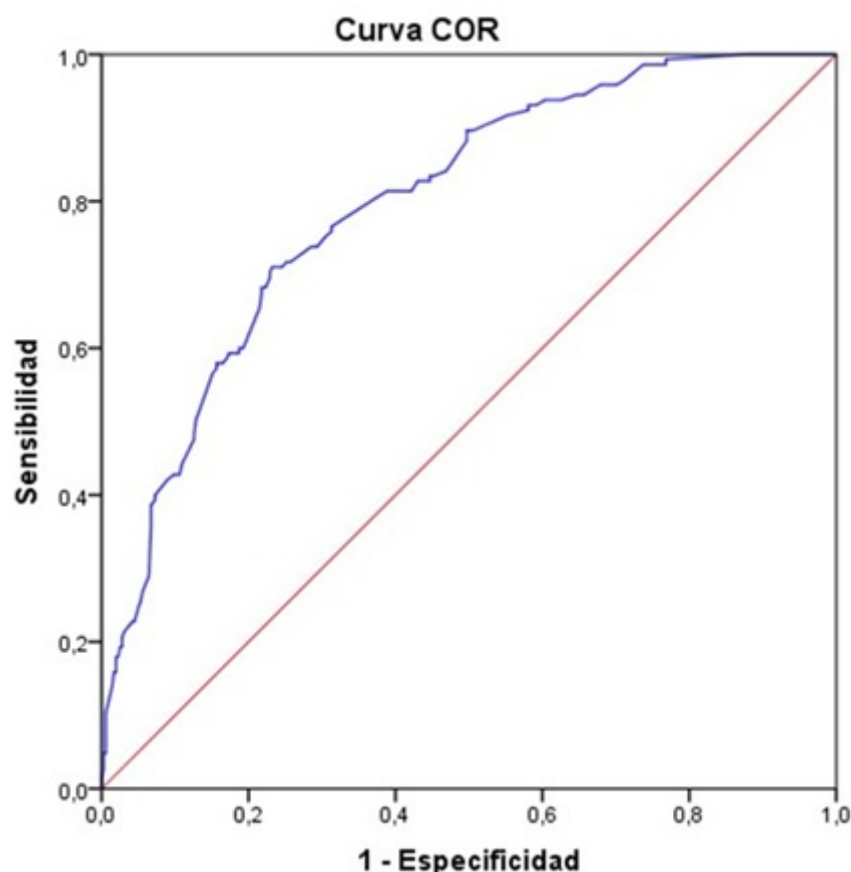
Enfermedad renal crónica (%)	64 (17,9)	27 (18,6)	1,05 (0,64-1,73)	0,844
Estenosis aórtica (%)	34 (9,5)	36 (24,8)	1,45 (0,85-2,53)	0,168
Ateromatosis carotídea (%)	20 (5,6)	44 (30,3)	7,84 (4,31-14,27)	0,001

Lipoproteína A

Lipoproteína A >30 mg/dl (%)	243 (67,9)	121 (83,4)	2,38 (1,46-3,90)	0,001
Lipoproteína A >50 mg/dl (%)	169 (47,2)	86 (59,3)	1,63 (1,10-2,41)	0,014
Lipoproteína A > 120 mg/dl (%)	40 (11,7)	24 (16,5)	1,57 (0,91-2,77)	0,101
Lipoproteína A > 180 mg/dl (%)	5 (1,4)	5 (3,4)	2,52 (0,72-8,84)	0,135

Tabla 2. Eventos isquémicos y mortalidad en el seguimiento según grupos de Lp(a) para puntos de corte 30 mg/dl y 50 mg/dl

	Lp (a) ≤ 30 mg/dl (N = 139)	Lp (a) > 30 mg/dl (N = 364)	p
Eventos isquémicos en el seguimiento (%)	4 (2,9)	41 (11,3)	0,003
Tipos de eventos			
Cardiopatía isquémica (%)	4 (2,9)	23(6,3)	
Accidente cerebrovascular (%)	0(0,0)	7(1,9)	
Arteriopatía periférica (%)	0(0,0)	9(2,5)	
Oclusión arteria central retina (%)	0(0,0)	2(0,6)	
Más de un evento (%)	0(0,0)		
Mortalidad por cualquier causa (%)	7(5,0)	22(6,0)	0,664
	Lp (a) ≤ 50 mg/dl (N = 248)	Lp (a) >50 mg/dl (N = 255)	p
Eventos isquémicos en el seguimiento (%)	13 (5,2)	32 (12,5)	0,004
Tipos de eventos			
Cardiopatía isquémica (%)	8 (3,2)	19 (7,4)	
Accidente cerebrovascular (%)	5 (2,0)	2 (0,8)	
Arteriopatía periférica (%)	0 (0,0)	9 (3,5)	
Oclusión arteria central retina (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Más de un evento (%)	0 (0,0)	2 (0,8)	



Discusión: Se trata de un estudio observacional y tiene las limitaciones propias del mismo incluyendo la ausencia de algunos datos en las historias clínicas de los pacientes.

Conclusiones: La lp(a) es un factor de riesgo individual para eventos isquémicos. Aunque la mayoría de las guías actuales de riesgo cardiovascular establecen el punto de corte de niveles de lp(a) en 50 mg/dl, niveles inferiores podrían suponer el mismo riesgo. La presencia de nuevas terapias hipolipemiantes pone el foco de atención en optimizar los niveles de esta lp(a) y no conformarnos con los niveles genéticamente establecidos.

Bibliografía

1. Nordestgaard BG, Langsted A. Lipoprotein (a) as a cause of cardiovascular disease: insights from epidemiology, genetics, and biology. *J Lipid Res.* 2016;57:1953-75.
2. Maranhão RC, Carvalho PO, Strunz CC, Pileggi F. Lipoprotein (a): structure, pathophysiology and clinical implications. *Arq Bras Cardiol.* 2014;103(1):76-84.
3. Erviti J, Wright J, Bassett K et al. Restoring mortality data in the FOURIER cardiovascular outcomes trial of evolocumab in patients with cardiovascular disease: a reanalysis based on regulatory data. *BMJ Open.* 2022;12(12):e060172. doi: 10.1136/bmjopen-2021-0601
4. Bittner VA, Szarek M, Aylward PE, et al. Effect of alirocumab on lipoprotein(a) and cardiovascular risk after acute coronary syndrome. *J Am Coll Cardiol.* 2020;75:133-44.