



<https://www.revclinesp.es>

277 - TROMBOSIS VENOSA RETINIANA (TVR) Y RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV): RESULTADOS VISIBLES DESDE LAS PRIMERAS SEMANAS TRAS LA DERIVACIÓN SISTEMÁTICA DESDE OFTALMOLOGÍA

Juan José Fernández Díaz, Iker Villanueva Sánchez, Susanna Dunder, Martín Aznal Begil, Francisco Javier Beltrán Avila, Ibai López González, Eneko Belmonte Hernaez y Rosa Robles Aramburu

Medicina Interna, Hospital de Galdakao-Usansolo, Bilbao, España.

Resumen

Objetivos: Describir el perfil clínico, metabólico y de RCV de los pacientes con TVR y ponderar el impacto de la derivación sistemática desde Oftalmología a la consulta de RCV.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo basado en la recogida variables demográficas, comorbilidades, hábitos tóxicos, parámetros metabólicos y tratamientos de los pacientes atendidos en la consulta de RCV con diagnóstico de TVR en los primeros dos meses desde que se inició su derivación sistemática por parte de Oftalmología para estudio y seguimiento.

Resultados: Se atendieron 14 pacientes, 7 (50%) de los cuales eran mujeres. La mediana de edad fue de 65 años (IQR 51-71). 10 (71%) pacientes sufrieron la trombosis en ramas venosas periféricas, todos ellos en ramas venosas temporales. 10 (71%) de ellos precisaron > 1 dosis de tratamiento antiangiogénico intravítreo por parte de oftalmología. Había 3 (21%) fumadores activos, 6 (43%) exfumadores y 5 (36%) no fumadores. 9 (64%) pacientes tenían diagnóstico previo de HTA, aunque se documentó presión arterial elevada en 11 (79%); de estos, 7 (64%) presentaban mal control tensional. 2 (14%) eran diabéticos tipo 2 conocidos, ambos con mal control glucémico ($HbA_1c > 8,5\%$). Tras la evaluación en consulta, se detectó que 4 (33%) de los 12 pacientes no diabéticos conocidos tenían una HbA_1c en rango de prediabetes. La mediana del IMC fue de 29,7 (IQR 26,5-31,6), con 6 (43%) pacientes obesos, 5 (36%) con sobrepeso y 3 (21%) con normopeso. Se observaron 4 (29%) pacientes en los que se habían descrito a modo de hallazgo ecográfico signos de esteatosis hepática en el pasado. No se registraron pacientes con antecedentes de eventos cardiovasculares mayores. Se detectó 1 (7%) paciente con historia de positividad para AL que se confirmó e implicó inicio de tratamiento antiagregante. Ningún paciente tenía placas de ateroma de > 1,5 mm conocidas en territorio carotídeo; tras una primera intervención se detectó 4 (33%) pacientes. El análisis bioquímico en la primera consulta reveló niveles elevados de colesterol total (mediana 197 mg/dL, IQR 225-302), LDL (128 mg/dL, IQR 102-155), No-HDL (145 mg/dL, IQR 123-172), HDL (54 mg/dL, IQR 48,5-62), triglicéridos (87 mg/dL, IQR 69-39) y apoB100 (91 mg/dL, IQR 76-115). Se objetivaron 2 (14,2%) pacientes tenían niveles de Lp(a) > 50 mg/dL. 7 (50%) de los 14 pacientes tenían unos niveles de LDL > 125 mg/dL en la primera valoración. Tan solo 3 (21%) se encontraba en tratamiento con estatinas y tras la valoración y estimación del RCVr, se indicó o ajustó tratamiento hipolipemiante en 9 (64%) pacientes. Tras la intervención a las 4-6 semanas, se documentó una reducción en los niveles promedios de LDL (78 mg/dL, IQR 64-86) y No-HDL (98 mg/dL, IQR 90-113), mientras que triglicéridos (94 mg/dL) y HDL (57 mg/dL, IQR 52-64) mantuvieron niveles estables.

Conclusiones: La TVR se asocian a FRCV modificables. Los pacientes derivados a consulta de RCV presentan una elevada carga de FRCV, muchos de ellos no diagnosticados o mal controlados, especialmente en relación con la hipertensión, dislipemia y glucemia. La valoración integral en una consulta especializada permite la detección y optimización precoz del manejo terapéutico, desde un enfoque multidisciplinar.