



## RV-74. - PLACAS ATEROMATOSAS CALCIFICADAS Y MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

R. Hernández Luis, O. Elvira Cabrera, C. Martín González, C. Fernández Pérez, E. González Reimers, O. Pérez Hernández, C. Jorge Ripper, F. Santolaria Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

### Resumen

**Objetivos:** Aunque ha sido tema de intenso debate, el consumo excesivo de alcohol se asocia a un incremento de la mortalidad cardiovascular. Desde luego, es frecuente observar en el alcohólico crónico placas de ateroma calcificadas en la radiografía de tórax, y en ocasiones calcificación de las paredes vasculares a otros niveles. Los mecanismos que provocan estas alteraciones no son bien conocidos, aunque puede influir, entre otros, la situación proinflamatoria propia del alcohólico, especialmente con hepatopatía concomitante. El objetivo del presente estudio es analizar la prevalencia de placas de ateroma calcificadas en la Rx de tórax, su relación con la mortalidad global, mortalidad cardiovascular, función hepática, estado nutricional y niveles de citocinas.

**Métodos:** Se incluyeron 198 pacientes alcohólicos, bebedores de más de 200 g/día durante más de 15 años, seguidos durante una mediana de 40 meses, periodo durante el cual fallecieron 75, 9 de ellos por causa cardiovascular. La edad media de los fallecidos fue de  $54,56 \pm 10,35$ , mientras que la de los supervivientes fue de  $51,25 \pm 11,07$  años. Se determinó, al ingreso, masa magra y masa grasa por densitometría, función hepática (ascitis, encefalopatía, protrombina, bilirrubina y albúmina), niveles de IL-6, IL-8, TNF-alfa, y malondialdehído, así como analítica rutinaria, incluyendo colesterol, triglicéridos y calcio.

**Resultados:** En 49 pacientes se observaron placas de ateroma calcificadas en la radiografía de tórax. Los que presentaban calcificación de las placas de ateroma eran más viejos ( $58,6$  vs  $50,6$ ;  $t = 4,80$ ;  $p < 0,0001$ ) y tenían mayor IMC ( $28,2 \pm 5,89$  kg/m<sup>2</sup>) que los que no la presentaban ( $26,2 \pm 4,90$  kg/m<sup>2</sup>;  $t = 2,20$ ;  $p = 0,029$ ); menores niveles de bilirrubina ( $2,5$  vs  $4,1$  mg/dl,  $t = 2,40$ ;  $p = 0,017$ ) y mayores niveles de albúmina ( $3,6 \pm 0,7$  g/dl vs  $3,4 \pm 0,7$  g/dl,  $t = 2,22$ ;  $p = 0,027$ ). No hubo diferencias ni en lo que respecta al estado nutricional, tiempo de consumo, cuantía diaria de consumo, niveles de colesterol, triglicéridos o calcio, ni tampoco citocinas o índice de Child. Tampoco hubo asociación con mortalidad global, aunque sí con mortalidad cardiovascular ( $p = 0,043$ ). No hubo asociación con el sexo.

**Discusión:** En nuestro estudio, pese a la edad relativamente temprana de los pacientes, la prevalencia de placas de ateroma calcificadas fue elevada, afectando a una cuarta parte del colectivo. No obstante, no queda claro que otro factor, al margen de la edad, puede jugar un papel

en su génesis.

*Conclusiones:* La presencia de placas de ateroma calcificadas afecta a un 25% de un colectivo de alcohólicos, y se asocia a mayor mortalidad cardiovascular. Salvo con el IMC, no encontramos asociación significativa de su presencia con alteraciones de la función hepática, estado nutricional, citocinas u otros parámetros bioquímicos.