



RV-048 - ESTUDIO DE CORRELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA Y LA ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA VALORADA MEDIANTE ECOGRAFÍA VASCULAR CAROTÍDEA Y FEMORAL EN UNA SERIE DE PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

L. Márquez López, F. Espinosa Torre, P. García Ocaña, A. Camacho Carrasco, M. Ortega Reina, V. Alfaro Lara, L. Beltrán Romero y O. Muñiz Grijalvo

Unidad Clínico-Experimental de Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Objetivos: Explorar la asociación entre la presencia de enfermedad cardiovascular establecida (ECVe) y la ateromatosis subclínica valorada mediante ecografía vascular carotídea y femoral.

Material y métodos: Se realizó ecografía carotídea y femoral a pacientes con HF en seguimiento en la Unidad de HTA y Lípidos del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. Se evaluaron la presencia de placas, el número de segmentos afectos (puntuación de 0 a 12, a partir de ahora lo denominaremos score de ateromatosis), el grosor máximo de placa y la presencia de enfermedad cardiovascular establecida (cardiopatía isquémica, ictus o enfermedad arterial periférica).

Resultados: De los 91 pacientes con HF confirmada y a los que se les realizó ecografía vascular, 67 pacientes tenían ecografía carotídea y femoral. De ellos, 32 eran varones, 20 hipertensos, 20 fumadores y 6 diabéticos. 52 pacientes se encuadraban en prevención primaria de ECV y 15 en prevención secundaria, todos con cardiopatía isquémica (9 con síndrome coronario agudo previo, 6 con enfermedad coronaria diagnosticada por ergometría o angioTAC coronario sin evento clínico) y 2 de ellos con ictus adicional. No hubo ningún paciente con ictus o enfermedad arterial periférica sin enfermedad coronaria. De estos 15 pacientes, 12 tenían placas carotídeas y 14 placas femorales. Encontramos una mayor puntuación en el score de ateromatosis carotídeo y femoral respecto a los pacientes sin ECVe. Los pacientes con ECVe tenían un score carotídeo medio de 3,6 y una mediana de 3; mientras que los pacientes sin ECVe tenían un score carotídeo medio de 1,75 y una mediana de 1 ($p = 0,014$). Los pacientes con CI presentan un score femoral medio de 4 y una mediana de 3,7; mientras que los pacientes sin enfermedad coronaria tenían un score medio de 1,48 y una mediana de 1 ($p = 0,001$). Los pacientes con ECVe también presentaron un mayor grosor máximo de placa a nivel femoral (mediana 2,5 mm en pacientes con ECVe vs una mediana de 1,65 mm en pacientes sin ECVe, $p = 0,005$). Esta diferencia no fue significativa en el caso de la ecografía carotídea (mediana 2,5 mm en pacientes con ECVe vs 1,5 mm en pacientes sin ECVe; $p = 0,07$).

Discusión: En pacientes con HF confirmada y ECVe, principalmente coronaria, una proporción muy elevada tienen afectación carotídea y/o femoral (14 de 15), mostrando que, a pesar de la preferencia de la enfermedad aterosclerótica por el lecho coronario en HF, muy frecuentemente coexiste con

aterosclerosis subclínica a otros niveles. Además, en comparación con los pacientes sin ECVe, los pacientes con ECVe, presentaron una afectación subclínica más extensa con mayor puntuación en los scores de ateromatosis en carótidas y femorales y mayor grosor máximo de placa en femorales.

Conclusiones: La presencia de aterosclerosis subclínica en territorios diferentes al coronario en pacientes con HF y cardiopatía isquémica podría identificar a pacientes con mayor probabilidad de sufrir eventos coronarios recurrentes o en otros territorios y que, potencialmente fueran candidatos a un manejo más intensivo de los FRCV, esencialmente el LDLc.