



RV/D-030 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ECOGRAFÍA VASCULAR EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

F. Espinosa Torre, M. Ortega Reina, L. Beltrán Romero, A. Camacho Carrasco, L. Márquez López, P. García Ocaña, A. González Estrada y O. Muñoz Grijalvo

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Objetivos: Describir la presencia de prevalencia y características de la ateromatosis carotídea y femoral en pacientes con HF, buscar factores asociados con la ateromatosis subclínica carotídea y femoral y correlación entre los scores carotídeos y femorales y características de las placas.

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, número de segmentos afectos (puntuación de 0 a 12, a partir de ahora score de ateromatosis), grosor máximo de placa y signos de imagen asociados a alto riesgo trombótico (núcleo lipídico, placa heterogénea o ulcerada).

Resultados: De la cohorte de aproximadamente 700 pacientes con HF en seguimiento en nuestra unidad se han incluido hasta el momento 91 pacientes, de los que tenemos datos completos (ecografía vascular carotídea y femoral y diagnóstico genético confirmado) de 67 casos. De ellos, 32 eran varones, 20 hipertensos, 20 fumadores y 6 diabéticos. Su peso medio fue, su LDL medio fue 117 ± 56 (p50 105). Todos los pacientes recibían tratamiento con estatinas de alta potencia a excepción de 1 paciente con intolerancia completa. La estatina más utilizada fue rosuvastatina 20 mg en 39 pacientes, seguida de la atorvastatina en 18 casos y 21 iPCSK9. 52 pacientes se encuadraban en prevención primaria de ECV y 15 en prevención secundaria (9 con síndrome coronario agudo previo, y 6 con detección de enfermedad coronaria sin síndrome coronario agudo, diagnosticado por ergometría o angioTAC coronario sin evento clínico). Todos los pacientes estaban recibiendo tratamiento con estatinas de alta potencia a excepción de 1 paciente con intolerancia a todos los grupos de estatinas por mialgias en el que se instauró tratamiento con antiPCSK9 completa. La estatina más utilizada fue rosuvastatina 20 mg en 39 pacientes, seguida de la atorvastatina en 18 casos y 9 con pitavastatina. Además, asociaban ezetimibe en 59 casos. En 7 casos los pacientes recibían resinas y 21 e iPCSK9 en 21. El LDL medio fue 117 ± 56 . 50 pacientes presentaban placas carotídeas y 52 placas femorales y 33 afectación de ambos territorios. De los 52 pacientes en prevención primaria detectamos placas carotídeas en 28, femorales en 26 y en ambos territorios 20 pacientes. Los 2 pacientes con afectación carotídea de alto riesgo (placa heterogénea y ulcerada) se encontraban en prevención primaria y no presentaban placa femoral. De los 8 pacientes con afectación femoral de alto riesgo 6 estaban en prevención primaria y 2 en prevención secundaria. Existe correlación entre el score de ateromatosis carotídeo y femoral, con relación directa entre

ambos. También encontramos correlación directa significativa entre el grosor máximo de las mismas. Sin embargo, no observamos correlación entre niveles de LDL en el momento de la ecografía y los scores de ateromatosis carotídeo y femoral ni con el grosor máximo de las placas. Tampoco encontramos correlación entre los factores de riesgo clásicos (HTA, tabaquismo y diabetes) y las características de la placa.

Discusión: El screening mediante ecografía carotídea y femoral podrían ayudar a refinar la estratificación de riesgo en pacientes con HF, existiendo correlación entre ambos scores y el grosor de las placas.

Conclusiones: Aunque esperado, también es de destacar la correlación entre los scores de ateromatosis carotídeo y femoral y la mayor puntuación y grosor de placas en los pacientes con CI. Las diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con cardiopatía isquémica y los scores carotídeos, femorales y el grosor de la placa femoral.