



## IF-036 - RIESGO CARDIOVASCULAR AUMENTADO EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA: ESTUDIO DE ECODOPPLER CAROTÍDEO

I. Sanz Pérez, F. Martínez Valle, A. Guillén del Castillo, C. Simeón, E. García Vives, V. Fonollosa, J. Ordi-Ros, M. Vilardell-Tarrés

Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** El eco-doppler carotídeo es útil para predecir el riesgo cardiovascular, evaluando tanto el grosor de la íntima media como la presencia de placas de ateroma. En la esclerodermia hay artículos discordantes en relación al riesgo cardiovascular y el screening con ecografía carotídea. El objetivo de este estudio es evaluar el riesgo cardiovascular mediante la realización de eco-doppler carotídeo en pacientes con esclerodermia de la cohorte del Hospital Vall d'Hebron.

**Métodos:** Se realizó ecografía carotídea midiendo el grosor de íntima media en arteria carótida común (ACC) y presencia de placas, en ACC, bulbo carotídeo y carótida interna y externa bilaterales en 64 pacientes afectados de esclerodermia, incluyendo tanto a pacientes con debut de la enfermedad, como en aquellos con enfermedad de larga evolución. Se compararon los resultados con una cohorte de pacientes sanos de Barcelona, ajustados por edad y sexo (Junyent et al. Med Clin (Barc) 2005).

**Resultados:** 64 pacientes afectados de esclerodermia fueron incluidos, con una edad media de 53 años (extremos 19-82) de los cuáles 41 (64,1%) estaban diagnosticados de esclerodermia limitada (EL) y 23 (35,9%) de esclerodermia difusa (ED). En el estudio participaron 54 mujeres (85,1%) y 10 hombres (15,4%). 32 estaban diagnosticados de hipertensión (50%), 2 de diabetes mellitus (3,2%), y 4 (6,9%) eran fumadores (todos ellos menos de 10 cigarrillos al día). El grosor de la íntima media (GIM) medio y máximo de ACC estaba aumentado significativamente respecto la cohorte de referencia GIMm 0,65 vs 0,57 ( $p < 0,001$ ; IC 0,05-0,11) y GIMmax 0,84 vs 0,67 ( $p < 0,001$ ; IC 0,14-0,21). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre pacientes afectados de EL respecto los pacientes con ED (GIMm 0,66 vs 0,64 ( $p = 0,83$ ) y GIMmax 0,85 vs 0,83 ( $p = 0,68$ )). Ambos grupos sí que mostraron diferencias estadísticamente significativas respecto a controles: en pacientes con EL el GIMm fue 0,66 vs 0,58 ( $p < 0,001$ ; IC 0,05-0,12) y el GIMmáx 0,85 vs 0,68 ( $p < 0,001$ ; IC 0,13-0,21), mientras que en pacientes con ED el GIMm fue 0,65 vs 0,56 ( $p < 0,005$ ; IC 0,03-0,14) y el GIMmáx 0,83 vs 0,66 ( $p < 0,001$  IC 0,10-0,24). 28 pacientes (43,1%) con esclerodermia respecto el 27,6% de los controles sanos presentaban placas de ateroma en alguno de los segmentos explorados, siendo el número de placas de ateroma significativamente más elevado en los pacientes con esclerodermia que en la cohorte sana 0,43 vs 0,14 ( $p < 0,001$  IC 0,12-0,45). Considerando el GIMm y GIMmáx patológico (cuándo es superior al percentil 75 respecto la población sana) y la presencia de placas, 44 pacientes (67,7%) tenían un riesgo cardiovascular elevado.

*Discusión:* La medida del GIM en la arteria carótida común es un marcador comúnmente aceptado para la presencia de aterosclerosis subclínica, tanto en los pacientes individuales como en la población general. Existen resultados controvertidos respecto al GIM en los pacientes con esclerodermia. Por otro lado, en pacientes con esclerodermia, pueden existir placas de ateroma con GIM dentro de la normalidad, por lo que la verdadera prevalencia de aterosclerosis puede ser infradiagnosticada en pacientes a los que sólo se les mide el GIM. En la cohorte de pacientes analizada se constata un incremento del GIM y de placas de ateroma respecto a la población control. Estos parámetros pueden ser útiles para la monitorización de los pacientes con esclerodermia y el planteamiento de un tratamiento agresivo y precoz de la ateromatosis subclínica en estos pacientes.

*Conclusiones:* Los pacientes con esclerodermia de la cohorte Hospital Vall d'Hebron, presentan un GIM aumentado y mayor presencia de placas de ateroma respecto a los controles sanos. La ecografía carotídea es un buen método para detectar la presencia de enfermedad ateromatosa subclínica.