



<https://www.revclinesp.es>

## IF-023 - ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV) SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (SSP)

C. Sánchez Parra<sup>1</sup>, I. Sánchez Berna<sup>2</sup>, M. Ruíz Zafra<sup>3</sup>, M. Sánchez Galletero<sup>4</sup>, M. Sánchez Herrera<sup>5</sup> y M. Sanjuán López<sup>6</sup>

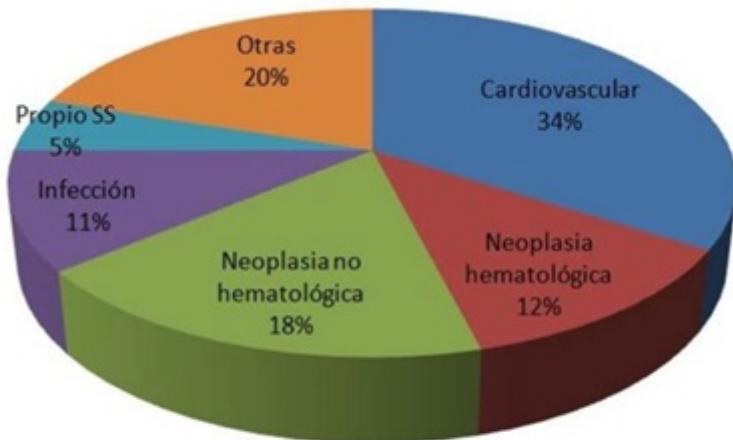
<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Torrejón. Madrid. <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda. Málaga. <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital General de Albacete. <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz. <sup>6</sup>Neumología. Hospital Lucus Augusti. Lugo.

### Resumen

**Objetivos:** Revisión sistemática de la ECV subclínica en pacientes con SSP. Sugerir recomendaciones sobre la detección de aterosclerosis subclínica con el fin de disminuir la morbilidad CV.

**Material y métodos:** Revisión bibliográfica (Pubmed). 490 artículos, seleccionados 26: 23 estudios originales, 1 revisión sistemática y 2 guías.

**Resultados:** Valoración cardiaca y coronaria: asociación significativa entre rigidez arterial y disfunción diastólica del VI en el SSP. Utilidad del ecocardiograma para predecir el RCV. Fisiopatología: fenómeno de Raynaud miocárdico, vasculitis de pequeño vaso intramiocondrico o la acción directa a nivel cardiaco de los autoanticuerpos. No otros estudios. Valoración de vasculatura periférica. Grosor íntima-media carotídeo (GIMc). Mayor engrosamiento del GIMc en mujeres jóvenes con SSP. Relación tanto con una mayor actividad inflamatoria en fases iniciales como con una mayor duración de la enfermedad. Índice tobillo-brazo. Inferior a la normalidad en pacientes con SSP. Relación con ANAs, anti-SSA y factor reumatoide (FR). Vasodilatación mediada por flujo (VMF) de la arteria humeral. Método más utilizado (sensible y no invasivo). Se basa en la liberación endotelial de óxido nítrico y otros factores relajantes. Alterada en pacientes con SSP comparado con controles sanos. Relación con afectación articular, leucopenia, FR y antiSSA/SSB. Velocidad de la onda de pulso (VOP). Rigidez arterial (tonometría de aplanamiento). Solo 3 estudios en pacientes con SSP: incremento de la VOP comparado con controles sanos. Relación con mayor RCV por la escala Framingham, y por tanto con FRCV tradicionales, y con el daño crónico medido mediante el SSDDI.



**Figura 1:** Principales causas de mortalidad en pacientes con SSp [tomado de Brito-Zeron et al, 2008].

**Discusión:** El SSp es una de las EAS más frecuentes pero, dado su carácter habitualmente benigno y paucisintomático, ha sido históricamente poco estudiado a este respecto. La ECV es la principal causa de mortalidad, sin embargo los scores de RCV subestiman el riesgo de futuros eventos CV al no considerar la aterosclerosis acelerada en las EAS. Es esencial el control de los FRCV y la detección precoz de aterosclerosis subclínica. Se recomienda eco-doppler de troncos supraórticos y ecocardiograma.

**Conclusiones:** El screening sistemático de los FRCV y la búsqueda de aterosclerosis subclínica deben estar dentro de la rutina de seguimiento de los pacientes con SSp. Son necesarios más estudios para validar los diferentes métodos diagnósticos.