



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

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

C. Sánchez Parra¹, I. Sánchez Berna², M. Ruz Zafrá³, M. Sánchez Galletero⁴, M. Sánchez Herrera⁵ y M. Sanjuán López⁶

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

Resumen

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

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

Resultados: Valoración cardíaca y coronaria: asociación significativa entre rigidez arterial y disfunción diastólica del VI en el SSs. Utilidad del ecocardiograma para predecir el RCV. Fisiopatología: fenómeno de Raynaud miocárdico, vasculitis de pequeño vaso intramiocárdico o la acción directa a nivel cardíaco de los autoanticuerpos. No otros estudios. Valoración de vasculatura periférica. Grosor íntima-media carotídeo (GIMc). Mayor engrosamiento del GIMc en mujeres jóvenes con SSs. 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 SSs. 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 SSs 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 SSs: 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.

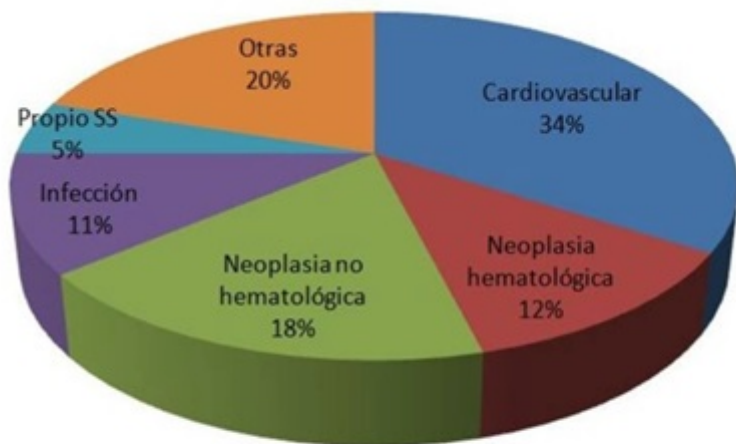


Figura 1: Principales causas de mortalidad en pacientes con SSp [tomado de Brito-Zeron et al, 2008].

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.