

La lipoproteína a en pacientes con cardiopatía isquémica precoz: prevalencia y asociación con la progresión de la carga de aterosclerosis valorada con ecografía vascular carotidea y femoral

Andrez Felipe Cubides Novoa(1), Blanca Santos Martín(1), Álvaro Montes Muñiz(1), Natalia Pascual Gómez(2), Alberto Cecconi(3), Hortensia de la Fuente Flórez(4), Fernando Alfonso Manterola(1), Luis Jesús Jiménez Borreguero(5) y Beatriz López Melgar(5) de (1)Servicio de Cardiología, (2)Servicio de Análisis Clínicos, (3)Servicio de Cardiología; Instituto de Investigación Biomédica de la Princesa, (4)Instituto de Investigación Biomedica, (5)Servicio de Cardiología; Instituto de Investigación Blomedica de la Princesa; CIBERCV, Instituto de Salud Carlos III. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid - España

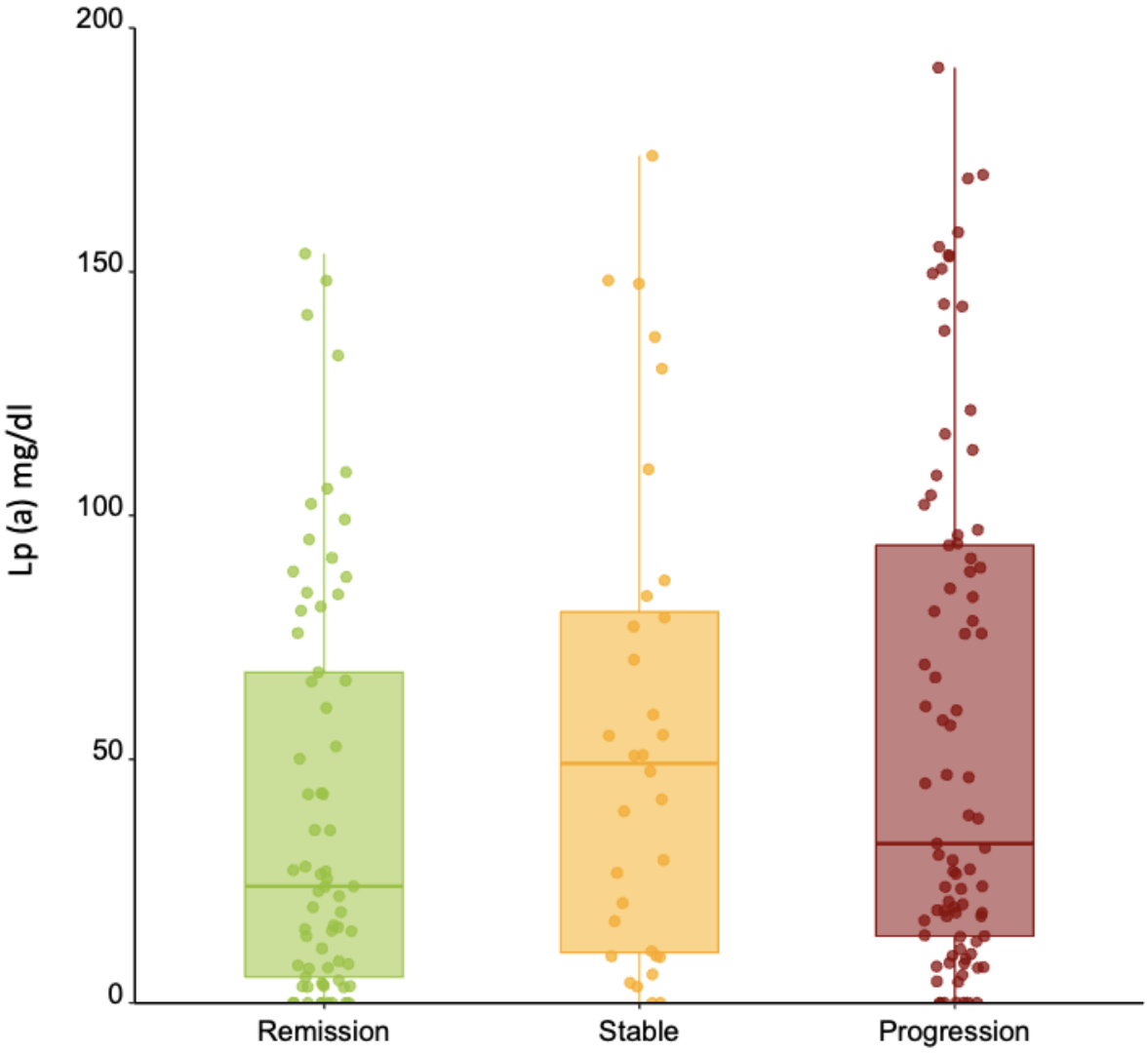
Introducción: La lipoproteína(a) [Lp(a)] elevada se asocia a cardiopatía isquémica precoz (CIP) por mecanismos principalmente proaterogénicos y contribuye al riesgo residual en prevención secundaria. La ecografía carotídea y femoral permite monitorizar la progresión aterosclerótica superando limitaciones del angioTC coronario y la angiografía. El objetivo fue evaluar la asociación entre los niveles de Lp(a) y la progresión de la aterosclerosis en pacientes con CIP.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva y prospectiva todos los pacientes con CIP (<60 años) en nuestro centro. Se evaluaron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) convencionales, atípicos y biomarcadores en sangre, se determinó la carga de placa global (CPG) como la suma del volumen de todas las placas detectadas por ecografía vascular carotidea y femoral en la visita de inclusión y en el seguimiento a 3 años (RIQ: 2.5–3.6). Se definió Lp(a) elevada como >50 mg/dl. Según el cambio absoluto de la CPG entre visitas, los pacientes se clasificaron como progresores (>p75), estables (p25-75) o regresores (<p25). Se realizó análisis uni y multivariante para evaluar la asociación entre Lp(a) y progresión aterosclerótica.

Resultados: Se incluyeron190 pacientes con CIP (53±5.3 años, 85.8% varones, 82.1% incluidos por síndrome coronario agudo). Los FRCV fueron frecuentes: 69.5% tenían dislipidemia, 51.6% hipertensión arterial, 52.1% tabaquismo, 23.6% diabétes. El 31,6% presentaba Lp(a) elevada (mediana 29,3 mg/dl; RIQ 9,4-83,4). La CPG basal fue de 266 mm3 (RIQ: 99.2-478.6) y de 344 mm3 (RIQ: 144.3-643.1) en el seguimiento. No se observaron diferencias en FRCV, biomarcadores, tratamientos, ni tampoco en la CPG entre pacientes con Lp a normal y pacientes con Lp (a) elevada (Tabla 1). Sin embargo, los niveles de Lp a se asociaron positivamente con la progresión de la CPG. En el análisis multivariante, la asociación fue independiente aunque de baja magnitud (OR 1,006; IC95% 1,0005-1,012; p=0,036).

Conclusiones: La elevación de Lp(a) se asocia de forma independiente y positiva con la progresión de la aterosclerosis en pacientes en prevención secundaria, lo que refuerza su papel como marcador de riesgo residual y

su utilidad en la reestratificación del riesgo. Pacientes con Lp (a) elevada y progresión de la aterosclerosis podrían beneficiarse de una intensificación del control de los FRCV convencionales y posiblemente candidatos a terapias emergentes.



Perfil, clínico, epidemiológico y ultrasonográfico de pacientes con Lp (a) normal y aumentada.

	TOTAL N = 190		**Lpa normal (<50 mg/dl) N = 130 (68,4%)**		**Lpa aumentada (>50 mg/dl) N = 60 (31,6%)**		
	N (%)	Mediana [RIQ]	N (%)	Mediana [RIQ]	N (%)	Mediana [RIQ]	p valor*
Edad (años)		55 [51-58]		55 [50-58]		56 [51-59]	0,168
Sexo (Varón)	163 (85,8%)		113 (86,9%)		50 (83,4%)		0,510
ERC	4 (2.1%)		3 (2,3%)		1 (1,7%)		1
ECV familiar	107 (56,3%)		70 (53,8%)		37 (61,7%)		0,312
ECV familiar precoz	46 (24,2%)		28 (21,5%)		18 (30%)		0,206
Fibrilación auricular	3 (1,6%)		1 (0,8%)		2 (3,3%)		0,235
SAHOS	11 (5.8%)		10 (7,7%)		1 (1,7%)		0,178
Dislipemia	132 (69,5%)		90 (69,2%)		42 (70%)		0,915
LDL-col (mg/dl)		102,5 [74-131]		98 [66-133]		108 [79-131]	0,314
Lp (a) (mg/dl)		23 [8-60]		12 [4-25]		84 [60-100]	**0,001**
Hiertensión arterial	98 (51,6%)		71 (54,6%)		27 (45%)		0,218
Diabetes mellitus	45 (23,7%)		35 (26,9%)		10 (16,7%)		0,122
Presentación como SCA	156 (82,1%)		107 (82,2%)		55 (81,7%)		0,533
Estatinas	56 (29,5%)		77 (33,9%)		19 (36,5%)		0,747
Tratamiento hipolipemiante	85 (44,7%)		58 (44,6%)		27 (45%)		0,960
Carga global de placa V1 (mm3)		265[90-505]		259,9 [75-477]		274 [120-662]	0,379
Carga global de placa V2 (mm3)		344,6[144-654]		331 [144-603]		373 [150-762]	0,598
Tiempo entre visitas (años)		3 [2,5-3,2]		2,9 [2,4-3,2]		3 [2,7-3,3]	0,205

ECV: enfermedad cardiovascular, ERC: enfermedad renal crónica; HbA1c: hemoglobina glicosilada; LDL-col: colesterol LDL; Lp (a): lipoproteína a; SCA: síndrome coronario agudo.