



11. LA LIPOPROTEÍNA (A) EN UNA UNIDAD DE CRIBADO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR: UN DESAFÍO PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Gustavo Aníbal Cortez Quiroga¹, Ana Cubillas Quero², María del Carmen Durán Torralba¹, Saida Moreno Melero², María de la Paz Eliche Mozas² y Carmen Rus Mansilla¹

¹Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir, Andújar Jaén, España y ²Urgencias. Hospital Alto Guadalquivir, Andújar Jaén, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Entre el 30-50% de los pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota (HFhe) presentan concentraciones de lipoproteína a (Lpa) > 50 mg/dl, siendo este un factor independiente de enfermedad coronaria (EC) y enfermedad cardiovascular (ECV), y relacionándose con variantes patogénicas en el receptor de LDL-c.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de 782 pacientes mayores de 18 años, incluidos en una unidad de cribado de hipercolesterolemia familiar (235 casos índices y 557 familiares de 1º). Se dividió la población en 294 (31,8%) pacientes con Lpa > 50 mg/dl (Grupo A) y 488 pacientes con Lpa ≤ 50 mg/dl (Grupo B). Se compararon características clínicas, el tratamiento hipolipemiente, variables de la analítica de inclusión en la UHF (AUHF) y el LDL máximo histórico.

Resultados: Los pacientes del grupo A tienen mayor edad, mayor proporción de dislipemia (78,6 vs 66,5%, $p = 0,001$), mayor riesgo CV, mayor proporción de pacientes con DLCN ≥ 6 (21,7 vs 12,7%, $p = 0,04$), mayor desarrollo ECV y EC precoz. A nivel de la AUHF presentan niveles más altos del LDL-c, mayor proporción de pacientes con LDL ≥ 190 mg/dl y ≥ 220 mg/dl, mayores valores de Lpa (10,5% Lpa > 180 mg/dl), mayores valores de ApoB, menor filtrado glomerular, mayor porcentaje de pacientes con insuficiencia renal y mayor inflamación (PCR us ≥ 2). Este grupo presenta mayores valores de LDL-c máximo histórico, con mayor proporción de LDL-c ≥ 190 mg/dl. Se les administra un tratamiento hipolipemiente más potente, con un menor cumplimiento de objetivos de LDL-c (23,7 vs 39,4%, $p = 0,0001$), No HDL-c y ApoB. No se evidenciaron diferencias clínicas significativas entre los grupos respecto al sexo, hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo u obesidad. A nivel de la AUHF no existen diferencias en los niveles de colesterol total, triglicéridos, HDL-c, No HDL-c, colesterol remanente y VLDL.

Resultados

n: 782	Grupo A (n294)	Grupo B (n488)	p
Edad años	52 (± 16,5)	48,5 (± 16,6)	0,005

Sexo masculino %	44,9	51,4	0,07
Hipertensión arterial %	37	32,6	0,3
Diabetes %	20,3	18,2	0,5
Tabaco %	31,5	30,6	0,8
Obesidad (IMC > 30 kg/m ²) %	28,9	28,2	0,9
Enfermedad cardiovascular %	26,4	15,9	0,0001
Enfermedad coronaria precoz %	21,1	12,5	0,002
Alto/Muy alto RCV %	64,1	46,9	0,0001
Lipoproteína a mg/dl AUHF	110,8 (± 53,7)	14,7 (± 12,5)	0,0001
LDL-c ? 190 mg/dl AUHF %	12	6,8	0,012
TFG 60 ml/min % AUHF	5,2	2,5	0,049
PCR us > 2 % AUHF	42,7	33,3	0,021
LDL-c mg/dl máximo histórico	175,6 (± 57,1)	162,7 (± 50,5)	0,002
LDL máx histórico ? 160 mg/dl %	58,9	52,4	0,09
LDL máx histórico ? 190 mg/dl %	40,7	32,7	0,028
Tto hipolipemiente > 50% %	55,9	45,5	0,014
TG > 150 mg/dl % AUHF	19,9	20,7	0,7
HDL 40-45 mg/dl por sexo %	16,8	16,4	0,88

AUFH: analítica unidad de hipercolesterolemia familiar; DLCN: Dutch Lipid Clinic Network; IMC: índice de masa corporal; PCR us: proteína C reactiva ultrasensible; RCV: riesgo cardiovascular; TFG: tasa de filtrado glomerular; TG: triglicéridos; Tto: tratamiento.

Conclusiones: La presencia de Lpa > 50 mg/dl en la AUHF no está asociado a otros factores de riesgo tradicionales excepto la edad y la dislipemia, es una población de mayor riesgo CV, con mayor incidencia de ECV, en quienes el cumplimiento de los objetivos lipídicos es menor, a pesar de un tratamiento más potente. Los niveles de LDL-c ? 190 mg/dl nos debe hacer sospechar de su presencia.