



9. EN PACIENTES CON SOSPECHA DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR: ¿TIENE LA MISMA REPERCUSIÓN CLÍNICA UNA LIPOPROTEÍNA A &GE; 50 MG/DL A UNA LIPOPROTEÍNA A &GE; 180 MG/DL?

Gustavo Aníbal Cortez Quiroga¹, Lara Cruz Romero², Carmen Rus Mansilla¹, Rosa María Peña Soler², Elisa Martínez Perona² y María del Carmen Durán Torralba¹

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

Resumen

Introducción y objetivos: Un reciente estudio poblacional danés determinó que los niveles de lipoproteína (a) (Lpa) ≥ 180 mg/dl y ≥ 175 mg/dl equivalen al diagnóstico genético de hipercolesterolemia familiar (HF) y se asocian respectivamente con infarto agudo de miocardio y enfermedad cardiovascular prematura. Por otro lado valores de Lpa ≥ 50 mg/dl se ha determinado como un factor independiente de enfermedad coronaria (EC) y enfermedad cardiovascular (ECV). Por estos motivos múltiples sociedades científicas recomiendan su medición al menos una vez en la vida.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de 308 pacientes de una unidad de HF con valores de Lpa ≥ 50 mg/dl (102 probandos y 206 familiares de 1ª). Se dividió la población en 31 pacientes (10%) con Lpa ≥ 180 mg/dl (Grupo A) y 277 pacientes con Lpa entre 50-179 mg/dl (Grupo B), y se compararon las características clínicas, las variables de la analítica de inclusión en la unidad de HF (AHF), el LdL-c máximo histórico y el tratamiento hipolipemiente.

Resultados: Los pacientes del grupo A son de mayor edad, con mayor proporción de hipertensión arterial, dislipemia, pero sin diferencias en los otros factores de riesgo. Tienen mayores antecedentes de ECV y EC precoz. En la AHF tienen niveles más altos de Lpa, niveles más bajos de HDL-c y de filtrado glomerular. No existen diferencias en LDL-c, pero un mayor porcentaje de pacientes tienen valores de LDL-c ≥ 220 mg/dl. No existen diferencias en los valores de colesterol total, triglicéridos, No HDL-c, ApoB, colesterol remanente e inflamación medidos por PCR ultrasensible y ácido úrico. Presentan valores más altos de LDL-c máximo histórico, con mayor proporción de pacientes con LDL-c ≥ 160 mg/dl y LDL-c ≥ 190 mg/dl, pero no hay diferencias en las tasas de DLCN ≥ 6 puntos en el análisis clínico de HF. En los pacientes que realizamos test genético, el 50% grupo A y el 14,2% grupo B presentaron variantes patogénicas de HF. El grupo A recibió un tratamiento hipolipemiente de mayor potencia, pero con menor cumplimiento de los objetivos de LDL-c, No HDL-c y ApoB.

Variables (n: 308)	Grupo A (n31)	Grupo B (n277)	p
Edad años	58,3 (± 13)	49,8 ($\pm 18,3$)	0,011

Sexo masculino %	45,2	45,5	0,9
Hipertensión arterial %	62,5	33	0,005
Diabetes %	25	19,3	0,17
Tabaco %	43,5	29,5	0,17
Dislipemia %	96,4	75,1	0,011
Enfermedad cardiovascular %	55,2	21,9	0,0001
Enfermedad coronaria precoz %	43,3	18	0,001
Lipoproteína a mg/dl AHF	226,7 (± 60,1)	96 (± 32)	0,0001
LDL-c ? 220 mg/dl AHF %	13,3	3,6	0,016
TFG ml/min/1,73 m ² AHF	78,2 (± 17)	96,8 (± 35,4)	0,0001
HDL-c mg/dl AHF	50,2 (± 14,8)	56,2 (± 14,6)	0,04
LDL-c p&d TG/HDL > 2 AHF %	63,3	41,2	0,02
LDL-c mg/dl máx histórico	214,6 (± 92,6)	167,7 (± 50,2)	0,009
LDL-c máx histórico ? 160 mg/dl	80,6	53,9	0,005
LDL-c máx histórico ? 190 mg/dl	61,3	36,3	0,007
DLCN ? 6 puntos %	22,2	21,6	0,58
Tto hipolipemiente > 50% %	55,9	45,5	0,014
Objetivo LDL-c % AHF	7,4	26,8	0,027

AHF: analítica unidad hipercolesterolemia familiar; DLCN: Dutch Lipid Clinic Network; LDL-c p&d: LDL-c pequeñas y densas; máx: máximo; TFG: tasa de filtrado glomerular; TG: triglicéridos; Tto: tratamiento.

Conclusiones: La presencia de Lp(a) $\geq$ 50 mg/dl es un predictor independiente de EC y ECV, pero los pacientes de una unidad de HF con valores $\geq$ 180 mg/dl presentan mayor proporción de ECV y EC precoz, una mayor probabilidad de test genético patogénico, niveles más altos de LDL-c máximo histórico y un menor cumplimiento de los objetivos lipídicos a pesar de un tratamiento hipolipemiante más potente.