



6048-571. PRESENCIA DE CRITERIOS CLÍNICOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR Y TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE ENTRE PACIENTES JÓVENES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Víctor Manuel Becerra Muñoz, Ainhoa Robles Mezcuá, Miguel Antonio López Garrido, Francisco Temboury Villaseca, Claudia Aida Lozano, Juan José Gómez Doblas, Eduardo de Teresa Galván y Manuel Jiménez Navarro del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipercolesterolemia familiar heterocigota (HFHe) se caracteriza clínicamente por la elevación en la concentración plasmática de cLDL, xantomas y aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular prematura. Se estima una prevalencia en la población general de 1:500, pero se desconoce la proporción real entre los pacientes que presentan síndrome coronario agudo (SCA). Entre los pacientes jóvenes con SCA, su prevalencia podría ser aún mayor.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes varones menores de 45 años y mujeres menores de 55, ingresados por SCA en nuestro centro entre 2006 y 2015. Se definió y clasificó la HFHe como ausente, posible o probable según los criterios diagnósticos de la Dutch Lipid Clinic Network (DLCN).

Resultados: Se incluyó a un total de 424 pacientes (29,5% mujeres). 120 pacientes (28,2%) cumplían criterios de HFHe posible (3-5 puntos de la DLCN), y 2 (0,5%) de HFHe probable (6-8 puntos). Los pacientes con HFHe fueron en mayor proporción varones (72,1 frente a 58,6%, $p = 0,009$), fueron significativamente más jóvenes (42,79 frente a 44,1 años, $p = 0,041$) y presentaron menor prevalencia de diabetes (10,7 frente a 21,5%, $p = 0,009$). Es destacable que previo al evento, recibían similar proporción de tratamiento hipolipemiante (18,9 frente a 20,9%, $p = 0,641$). En este grupo, el SCA consistió menor medida en IAMCEST (67,4 frente a 78,4%, $p = 0,034$), y no presentaron mayor afección multivaso (36,1 frente a 38,7%, $p = 0,607$). El LDL medio fue de 138,82 frente a 108,73 mg/dL ($p = 0,001$). Aunque al alta recibieron en mayor proporción estatinas en dosis altas, estas solo fueron prescritas a 1/5 (20,6 frente a 10,9%, $p = 0,014$). Aunque esto conllevó una reducción de LDL en el control posterior al alta significativamente mayor (-40,02 frente a -13,6 mg/dL, $p = 0,01$), se alcanzaron en similar proporción objetivos de LDL: LDL 70 15 pacientes (16,1 frente a 21,6%, $p = 0,266$) y LDL 100 51 (54,8 frente a 63,5%, $p = 0,150$). En el seguimiento posterior, no hubo diferencias significativas en los eventos estudiados (IAM o muerte CV).

Conclusiones: 1. La HFHe fue posible en casi un 30% de nuestra cohorte. 2. Estos pacientes tienen características clínicas especiales: mayormente varones, más jóvenes, menos diabetes. 3. El tratamiento con estatinas al alta es mejorable. 4. Su sospecha desde el ingreso podría tener implicaciones terapéuticas y pronósticas a largo plazo, tanto en pacientes como en familiares de primer grado.