



6055-7. PREDICTORES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN UNA UNIDAD DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

Gustavo Aníbal Cortez Quiroga, María Jesús Huertas Escribano, Elisa Martínez Perona, María de la Paz Eliche Mozas, Ana Cubillas Quero y Lara Cruz Romero

Hospital Alto Guadalquivir, Andújar (Jaén).

Resumen

Introducción y objetivos: Se aconseja el despistaje y el cribado en cascada de hipercolesterolemia familiar (HF) en pacientes con enfermedad coronaria precoz (ECP) o con dislipemia de alto riesgo (DAR) LDL-c > 190 mg/dl sin causa 2°. Las tasas de diagnóstico de HF por test genético son del 5-9% en los pacientes con ECP y del 2-5% en los pacientes con DAR.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de 615 pacientes mayores de 18 años, incluidos en una unidad de HF (177 casos índices y 438 familiares de 1°). Se dividió la población en 201 (32,7%) pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) y 414 pacientes sin ECV. Se compararon las características clínicas, las variables de la analítica de inclusión en la unidad de HF y el tratamiento hipolipemiente implementado.

Resultados: Los pacientes con ECV son de mayor edad, mayor proporción de varones, con mayores tasas de hipertensión y diabetes, mayor índice de masa corporal (IMC), mayor porcentaje de obesos y sin diferencias en los niveles de LDL-c máximo histórico. Los pacientes con ECV se les administro un tratamiento hipolipemiente más potente, presentando niveles más bajos de LDL-c sin diferencias en el cumplimiento de su objetivo (45,7 vs 39%, $p = 0,19$), presentaron una mayor tasa de LDL-c pequeño y denso (LDL-c pd) ya sea medido por la relación LDL-c/ApoB2, y valores más bajos de HDL-c con mayor porcentaje de valores 40 mg/dl en varones y 45 mg/dl en mujeres (HDL-c 180 mg/dl (equivalente a HF), mayor proporción de insuficiencia renal y ácido úrico (AcU) aumentado (tabla). Según el modelo de regresión de Cox, se asociaron a ECP los niveles de AcU aumentado (HR 1,96 (1,06-3,59) $p = 0,043$), los niveles de LDL-c pd altos (LDL-c/ApoB) (HR 4,41 (1,38-14) $p = 0,012$) y niveles bajos de HDL-c 40-45 (HR 2,4 (1,45-3,98) $p = 0,001$).

Características clínicas, analítica de inclusión unidad HF y tratamiento hipolipemiente

Variables	ECV (n 201)	No ECV (n 414)	p
Edad, años	57,5 ($\pm$ 14,2)	44,3 ($\pm$ 19,4)	0,0001

Índice de masa corporal (IMC), kg/m ²	30,2 (± 5,9)	26,7 (± 4,9)	0,048
Sexo masculino, %	67,2	45,4	0,0001
Hipertensión arterial, %	54,2	24,5	0,0001
Diabetes, %	33,1	14,3	0,0001
Tabaco, %	36	26,9	0,059
Dislipemia, %	62,7	61	0,7
Obesidad (IMC > 30 kg/m ²), %	44	20,3	0,0001
LDL-c mg/dl máximo histórico	155,3 (± 64)	161 (± 55,1)	0,34
Tratamiento hipolipemiente alta intensidad, %	94	48,4	0,0001
LDL-c, mg/dl	61,6 (± 29,4)	123,2 (± 46,5)	0,0001
HDL-c, mg/dl	46,4 (± 13,8)	55,9 (± 13,9)	0,0001
HDL-c 40-45, mg/dl por sexo	36,2	15,8	0,0001
LDL-c pequeño-denso TG/HDL-c > 2%	54,4	40,3	0,008
LDL-c pequeño-denso LDL-c/ApoB 1,3%	96,6	60,4	0,0001
Lipoproteína (a), mg/dl	78,7 (± 85,2)	42,9 (± 46,2)	0,0001
Lipoproteína (a) > 180 mg/dl, %	12,8	1,5	0,0001
Ácido úrico > 7 mg/dl, %	15,7	9,1	0,049
TFG 60 ml/min/1,73 m ² , %	8,9	2,9	0,008

ECV: enfermedad cardiovascular, IMC: índice de masa corporal, TFG: tasa de filtrado glomerular CKD-EPI, TG: triglicéridos.

Conclusiones: En una población de pacientes con sospecha de HF, la presencia de factores de riesgo CV (sexo masculino, mayor edad, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, insuficiencia renal) y variables analíticas aterogénicas (HDL 40-45, lipoproteína (a) aumentada, AcU aumentado, LDL-c pd) se asociaron con ECV. La detección de estas variables en esta población, nos debe llevar a actuar de forma precoz y agresiva para evitar el desarrollo de eventos CV.