



8. DESPISTAJE NO INVASIVO DE HÍGADO GRASO ASOCIADO A DISFUNCIÓN METABÓLICA EN MENORES DE 65 AÑOS TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Leopoldo Fernández Ruz, Carlos Sánchez Sánchez, Javier Mora Robles, José Alejandro Claros Ruiz y Cristóbal Urbano Carrillo

Cardiología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Cada vez existe más evidencia sobre la influencia del eje cardio-hepatometabólico en la enfermedad cardiovascular (ECV). Se pretende estudiar la prevalencia de hígado graso asociado a disfunción metabólica (MAFLD) en una cohorte de pacientes, y su posible relación con índices aterogénicos.

Métodos: Entre junio de 2022 y abril de 2023, se recogieron datos clínicos, analíticos (incluyendo colesterol total (CT), LDL, HDL, hemoglobina glicosilada (HbA1c) y apolipoproteína B (ApoB) y antropométricos de pacientes ingresados por SCA menores de 65 años. Se calculó el índice de hígado graso (FLI, *fatty liver index*). Se definió MAFLD como indica la figura. Se calcularon el colesterol no-HDL, las partículas remanentes (CR) y los siguientes índices aterogénicos: CT/HDL, LDL/HDL, TG/HDL, LDL/ApoB. Se realizaron test de contraste de hipótesis para la comparación.

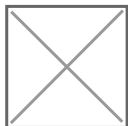
Resultados: Se analizaron 58 pacientes; con edad media de 55,06 ($\pm 6,86$) años, 81% varones, con la siguiente distribución de factores de riesgo cardiovascular: fumadores 62,1%, hipertensos 46,6%, diabéticos 25,9%. El IMC medio fue 27,65 ($\pm 5,38$). La relación cintura-estatura (RCE) media fue 0,59 ($\pm 0,07$). El FLI medio fue 58,91 ($\pm 26,86$). Los valores medios del perfil lipídico (en mg/dl) fueron: colesterol total 162,59 ($\pm 42,17$), HDL 35,12 ($\pm 9,36$), LDL 97,62 ($\pm 37,02$), ApoB 100,9 ($\pm 27,39$), no-HDL 127,43 ($\pm 41,09$), CR 29,85 ($\pm 12,22$), TG 153,33 ($\pm 49,42$); la HbA1c media fue 6,04% ($\pm 0,94$). Las medias de los índices aterogénicos fueron: CT/HDL 4,85 ($\pm 1,53$), TG/HDL 4,74 ($\pm 2,25$), LDL/HDL 2,93 ($\pm 1,28$), LDL/ApoB 0,95 ($\pm 0,18$). El resto de datos y valores se recogen en la tabla. Se diagnosticó MAFLD en el 56,9% de los pacientes, sin diferencias entre sexos (χ^2 , $p = 0,12$). Los pacientes con MAFLD tuvieron un CT/HDL más alto (prueba de la T, $p = 0,034$) y un LDL/HDL más alto (prueba-T, $p = 0,032$). Se observó además una correlación positiva y estadísticamente significativa entre FLI y los índices CT/HDL ($r: 0,393$, $p = 0,002$) y LDL/HDL ($r: 0,361$, $p = 0,05$).

Datos clínicos, analíticos y antropométricos de la población a estudio

Variables (N = 58)	N (%)	Antropometría	Media ($\pm$ DE)
Demográficos		P Abd (cm)	100,37 ($\pm 13,97$)

Edad (años)	55,07 (± 6,86)	IMC (kg/m ²)	27,65 (± 5,38)
Sexo masculino	47 (81%)	RCE	0,59 (± 0,07)
FRCV		RCE > 0,5 (N, %)	51 (94,4%)
HTA	27 (46,6%)	Lípidos y cocientes	
DM2	15 (25,9%)	CT (mg/dl)	162,59 (± 42,17)
DLP	26 (44,8%)	HDL (mg/dl)	35,12 (± 9,36)
Tabaco	36 (62,1%)	LDL (mg/dl)	97,62 (± 37,02)
Diagnóstico IAM		TG (mg/dl)	153,33 (± 49,42)
Angina inestable	3 (5,2%)	ApoB (mg/dl)	100,9 (± 27,39)
IAMSEST	18 (31%)	HbA1c (%)	6,04 (± 0,94)
IAMCEST	37 (63,8%)	C no HDL (mg/dl)	127,43 (± 41,09)
ICP primaria	40 (69%)	CR (mg/dl)	29,85 (± 12,22)
Metabólico		CT/HDL	4,85 (± 1,53)
FLI (media ± DE)	58,91 (± 26,86)	TG/HDL	4,74 (± 2,25)
FLI 30	9 (15,5%)	LDL/HDL	2,93 (± 1,28)
FLI 30-60	16 (27,6%)	LDL/ApoB	0,95 (± 0,18)
FLI > 60	33 (56,9%)	MAFLD (N, %)	33 (56,9%)

ApoB: apolipoproteína B; C no HDL: colesterol no-HDL; CR: partículas remanentes de colesterol; CT: colesterol total; DLP: dislipemia; DE: desviación estándar; DM2: diabetes mellitus tipo 2; FLI: *fatty liver index*; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HDL: colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio; IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST; ICP: intervencionismo coronario percutáneo; IMC: índice de masa corporal; LDL: colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad; MAFLD: hígado graso asociado a disfunción metabólica; P Abd: perímetro abdominal; RCE: relación cintura-estatura; TG: triglicéridos.



Algoritmo diagnóstico para MAFLD.

Conclusiones: El 57% de los pacientes cumplía criterios diagnósticos de MAFLD. Existe correlación entre este diagnóstico y los índices aterogénicos. Se podría incorporar, por tanto, la evaluación del eje cardiohepatometabólico por medios no invasivos durante un ingreso por SCA.