



Revista Española de Cardiología



5013-6. ¿INFLUYEN LOS NIVELES DE LIPOPROTEÍNA (A) EN LA FORMA DE PRESENTACIÓN DEL PRIMER EVENTO CORONARIO?

Leopoldo Fernández Ruz, Javier Mora Robles, Carlos Sánchez Sánchez, Candy Ceballos Gómez y Cristóbal Urbano Carrillo

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

Resumen

Introducción y objetivos: La lipoproteína (a) (Lp(a)) es un factor de riesgo cardiovascular reconocido por sus acciones proaterogénicas, protrombóticas y proinflamatorias, y debe ser añadido al perfil lipídico en nuestros pacientes. Estas características podrían determinar la forma de presentación del infarto agudo de miocardio (IAM), lo que estudiamos en una serie de pacientes menores de 65 años con primer evento coronario, relacionando dicha presentación con sus niveles de Lp(a).

Métodos: Entre junio de 2022 y abril de 2024 se recogieron datos clínicos y analíticos (incluyendo colesterol total (CT), LDL, HDL, triglicéridos (TG), apolipoproteína B (ApoB), Lp(a) y hemoglobina glicosilada (HbA1c)) en pacientes ingresados por primer evento coronario y menores de 65 años. Se calcularon el colesterol no-HDL y el colesterol remanente (CR). Se dividió a los pacientes en dos grupos según la presentación del IAM: con o sin elevación del segmento ST (grupo IAMCEST vs no IAMCEST).

Resultados: Se analizaron 191 pacientes. La edad media fue 56,5 años ($\pm 6,9$), 79% varones, con la siguiente distribución global de factores de riesgo: fumador 59,2%, hipertensión arterial (HTA) 48,2%, diabetes mellitus (DM) 21,4%, dislipemia (DLP) 42,9%. El diagnóstico al alta fue IAMCEST en 102 pacientes (53,4%). Los valores medios del perfil lipídico según la presentación del IAM se recogen en la tabla. A destacar, la Lp(a) mediana fue 37 mg/dL (rango intercuartílico 68,4), con una Lp(a) > 50 mg/dL en 75 pacientes (39,3%), > 100 mg/dL en 22 pacientes (11,5%) y > 180 mg/dL en 8 (4,2%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la forma de presentación del infarto y los niveles de Lp(a) (U de Mann-Whitney, $p > 0,05$), ni diferencias entre subgrupos (> 30 mg/dL, > 50 mg/dL, > 85 mg/dL, > 100 mg/dL, > 180 mg/dL; chi-cuadrado, $p > 0,05$), si bien en el grupo no IAMCEST hubo más pacientes con Lp(a) > 85 mg/dL (25 vs 16,8%, $p = 0,16$).

Datos clínicos y del perfil lipídico en función de la presentación del infarto agudo de miocardio			
Variables demográficas (N = 191)	N (%) / media $\pm$ DE	Perfil lipídico (N = 191)	N (%) / media $\pm$ DE

Grupo no IAMCEST (n = 89)	Grupo IAMCEST (n = 102)	p	Grupo no IAMCEST (n = 89)	Grupo IAMCEST (n = 102)	p		
Edad (años)	57 ± 6,2	55,2 ± 7,4	0,09	CT (mg/dL)	171,3 ± 43,9	168,6 ± 37,56	0,64
Sexo femenino	22 (24,7%)	18 (17,6%)	0,23	LDL (mg/dL)	103,6 ± 38,5	100,2 ± 34,6	0,52
Fumador	51 (57,3%)	62 (60,8%)	0,63	HDL (mg/dL)	38,9 ± 11,5	36,4 ± 9,6	0,1
HTA	49 (55,1%)	43 (42,2%)	0,075	TG (mg/dL)	149,2 ± 57,8	159 ± 62,7	0,26
DM	19 (21,3%)	22 (21,6%)	0,97	ApoB (mg/dL)	102,1 ± 25,2	103,6 ± 25	0,69
DLP	42 (47,2%)	40 (39,2%)	0,27	No-HDL (mg/dL)	132,4 ± 41,5	132,2 ± 35,6	0,96
FEVI	58,3 ± 8	55,5 ± 7,7	0,015	CR (mg/dL)	28,8 ± 10,8	31,9 ± 13,3	0,081
Lp(a) (mg/dL)	37,1 (RIC: 71,73)	37 (RIC: 66,2)	0,92	HbA1c (%)	6 ± 1,1	6,07 ± 1,2	0,66
Lp(a) > 30 mg/dL	47 (53,4%)	55 (54,4%)	0,88				
Lp(a) > 50 mg/dL	35 (39,8%)	40 (39,6%)	0,98				
Lp(a) > 85 mg/dL	22 (25%)	17 (16,8%)	0,16				
Lp(a) > 100 mg/dL	11 (12,5%)	11 (10,9%)	0,73				
Lp(a) > 180 mg/dL	4 (5,1%)	4 (4,2%)	0,79				

ApoB: apolipoproteína B; CR: colesterol remanente; CT: colesterol total; DE: desviación estándar; DLP: dislipemia; DM: diabetes mellitus; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HDL: lipoproteínas de alta densidad; HbA1c: hemoglobina glicosilada; HTA: hipertensión arterial; IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST; LDL: lipoproteínas de baja densidad; Lp(a): lipoproteína (a); RIC: rango intercuartílico; TG: triglicéridos.

Conclusiones: Casi 4 de cada 10 pacientes jóvenes con un primer evento coronario tienen una Lp(a) por encima de 50 mg/dL, y 1 de cada 10 la tiene por encima de 100 mg/dL. Si bien en nuestra serie no encontramos diferencias en la forma de presentación del infarto, su determinación aporta información sobre el riesgo añadido tras un primer evento de cara a optimizar las medidas de prevención secundaria.