



5013-5. PAPEL DEL HDL-C COMO MARCADOR DE RIESGO RESIDUAL LIPÍDICO PARA PREDECIR ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA EN PACIENTES ESTUDIADOS POR DOLOR TORÁCICO

Víctor Eduardo Vallejo García¹, Óscar Fabregat Andrés¹, M.M. Carmen León del Pino¹, Victoria Jacas Osborn¹, Gregory Herrera Cañizares¹, Francisco Ridocci Soriano², Blanca Trejo Velasco³, David González Calle⁴ y Javier Borrego Rodríguez⁵

¹Servicio de Cardiología. IMED Valencia, Valencia, España, ²Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España, ³Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España, ⁴Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España y ⁵Servicio de Cardiología. Hospital de Urduliz, Urduliz (Vizcaya), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica (CI) es la principal causa de mortalidad a nivel mundial y una de sus causas fundamentales es la aterosclerosis, por lo que el control de la dislipemia es esencial para reducir la enfermedad coronaria (EC). Hay muchos casos de EC en pacientes con colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) normal, por lo que cada vez se le da mayor importancia a distintos marcadores de riesgo residual lipídico (RRL) como coadyuvantes en la estratificación del riesgo. El utilizar el HDL-C como marcador de RRL podría ayudar a predecir la presencia de EC significativa, de cara a modificar el riesgo cardiovascular (RCV) e iniciar medidas preventivas en pacientes seleccionados. El objetivo de este trabajo fue evaluar la capacidad de predicción del HDL-C medido en cuartiles para la detección de EC significativa y multivazo en pacientes estudiados por dolor torácico.

Métodos: Se incluyeron en el estudio descriptivo 204 pacientes sin historia previa de EC y con ingreso hospitalario por sospecha de cardiopatía isquémica (CI). Durante el ingreso se obtuvo una analítica con perfil lipídico y también una prueba para valorar la anatomía coronaria (angiotomografía computarizada o coronariografía). Los niveles de LDL y de HDL se dividieron en cuartiles y se analizó la presencia de enfermedad coronaria en cada cuartil. Se incluyó un subgrupo de pacientes sin estatinas para valorarlo como posible factor de confusión.

Resultados: La edad media fue de $53,9 \pm 7,34$ años. 114 pacientes (55,9%) tenían EC significativa incluyendo 49 pacientes (24%) con EC multivazo. Al dividir la cohorte en cuartiles de HDL y LDL y analizar la presencia de EC se observa que el LDL-C no resulta predictor de la presencia de EC, tanto en pacientes tratados con estatinas como en pacientes sin tratamiento. Por el contrario, los niveles de HDL-C bajos se asocian de manera significativa a EC y multivazo, con un porcentaje de enfermedad multivazo de 47% en el cuartil de HDL-C más bajo.

Enfermedad coronaria significativa y multivazo en función de HDL-C y LDL-C (cuartiles)

**Grupos muestrales
según cuartiles de
HDL-C (n = 204)**

	1 ^{er} cuartil (HDL 35)	2 ^o cuartil (HDL 35-42)	3 ^{er} cuartil (HDL 43-54)	4 ^o cuartil (HDL > 55)	p
Enfermedad coronaria	81,6%	69,1%	52%	28%	0,001
Enfermedad multivaso	46,9%	21,8%	22%	6%	0,001

**Grupos muestrales
según cuartiles de
LDL-C (n = 204)**

	1 ^{er} cuartil (LDL 86)	2 ^o cuartil (LDL 86-110)	3 ^{er} cuartil (LDL 111-140)	4 ^o cuartil (LDL > 140)	p
Enfermedad coronaria	66%	67,3%	46%	54,9%	0,10
Enfermedad multivaso	26%	30,6%	30%	37,3%	0,11

**Grupos muestrales
según cuartiles de
LDL-C en pacientes
sin estatinas (n = 155)**

	1 ^{er} cuartil (LDL 90)	2 ^o cuartil (HDL 91-113)	3 ^{er} cuartil (LDL 113-143)	4 ^o cuartil (LDL > 144)	p
Enfermedad coronaria	60,5%	60,5%	43,6%	52,5%	0,38
Enfermedad multivaso	23,7%	34,2%	15,4%	15%	0,14

HDL-C: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; LDL-C: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.

Conclusiones: La presencia de HDL-C bajo es un marcador muy potente de EC significativa y multivaso, incluso en pacientes con niveles de LDL-C bajos y tratados con estatinas, ya que traduce un perfil metabólico desfavorable. Estos pacientes son de mayor RCV y deberían seguirse de forma más estrecha y con un enfoque holístico para mejorar su pronóstico, en vez de centrarnos únicamente en reducir el LDL-C.