



6000-47. HOMOCISTEÍNA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ¿HEMOS LLEGADO AL FINAL?

Javier Molina Martín de Nicolás, Belén Díaz Antón, Belén Rubio Alonso, Alfonso Jurado Román, Sandra Mayordomo Gómez, Leticia Blázquez Arroyo, Juan José Parra Fuertes y Roberto Martín Asenjo del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La mayoría de los pacientes clasificados por los SCORES de riesgo cardiovascular están en la categoría de riesgo moderado. De ahí que se propongan nuevos factores de riesgo como la hiperhomocisteinemia para reclasificarlos. Numerosos estudios sobre el uso de la hiperhomocisteína como causa y/o marcador de riesgo cardiovascular han arrojado resultados contradictorios. Sin embargo dado el creciente volumen de pacientes menores de 55 años sin factores de riesgo clásicos que sufren síndrome coronario agudo (SCA) es interesante persistir en la búsqueda y utilidad de nuevos factores de riesgo.

Métodos: Se ha analizado todos los pacientes que ingresan en la Unidad Coronaria de un hospital terciario con diagnóstico y confirmación angiográfica de SCA de marzo 2011 a febrero 2012. La variable principal es la hiperhomocisteinemia definida como un valor superior a 15 micromoles/litro. Se realiza un estudio descriptivo-analítico utilizando el programa SPSS versión 18.0 para Windows y la versión electrónica de SCORE cardiovascular de la ESC.

Resultados: Se incluyó 230 pacientes. La prevalencia de hiperhomocisteinemia es del 26%. La edad media es de $64,2 \pm 13,3$ en el grupo de hiperhomocisteinemia y de $70 \pm 12,6$ en el grupo con homocisteína normal. El 75% de los pacientes con hiperhomocisteinemia están clasificados en riesgo cardiovascular aumentado o muy aumentado. Existe una tendencia de mayor riesgo cardiovascular en los pacientes con hiperhomocisteinemia ($p = 0,075$). El 63% de los pacientes con hiperhomocisteinemia están diagnosticados de SCA sin elevación del ST (SCASEST) y el 32% con elevación del ST. Hay una mayor incidencia de SCASEST en el grupo de hiperhomocisteinemia ($p = 0,007$). Es bien conocido que los pacientes con SCASEST tienen enfermedad coronaria más grave, peor pronóstico a largo plazo y un mayor riesgo de nuevos eventos cardiovasculares. Por lo tanto la homocisteína podría identificar pacientes con mayor riesgo y la necesidad de una prevención y un tratamiento más agresivos.

Conclusiones: La hiperhomocisteinemia es considerado un posible marcador de riesgo trombótico en la enfermedad cardiovascular. De prevalencia alta, es estadísticamente más frecuente en el SCASEST. Se necesita un tamaño muestral mayor para demostrar su relación con otras variables y su posible inclusión como factor de riesgo cardiovascular.