Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 657

Revista Española de Cardiología

5024-9. RESPONSABILIDAD ATEROGÉNICA TEÓRICA DE LA LIPOPROTEÍNA (A) Y APOLIPOPROTEÍNA B EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Antonio Meseguer Hernández[1], Francisco Buendía Santiago[1], José Manuel Andreu Cayuelas[1], María del Rosario Mármol Lozano[1], Zoser Saura Carretero[1], M. Carmen Guirao Balsalobre[1], Eloy Yordano Mite Salazar[1], Bettina de Berardinis Moreno[1], Leticia Risco Eres[1], María Belén Villamarín Heredia[1], Jaime Merino Romero[1], María Isabel Baños Maturano[1], Eva Pérez Fernández[2], Lidia Martínez Gascón[2] y Juan Antonio Castillo Moreno[1]

[1]Servicio de Cardiología y [2]Servicio de Análisis Clínicos. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La concentración molar de la apolipoproteína B (apo B) y de la lipoproteína (a) [Lp (a)] son una aproximación al número de partículas de lipoproteínas que las contienen. Se ha sugerido que el potencial aterogénico por partícula de Lp(a) pudiera ser de al menos cinco veces el de otras lipoproteínas que contienen apo B distintas de la Lp(a) [apo B no-Lp(a)]. Nuestro objetivo fue evaluar la concentración de Lp(a) y de apo B no-Lp(a) en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) y, de ser cierta la premisa anterior, su responsabilidad aterogénica teórica (RAT).

Métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes ingresados por SCA en los que se determinó Lp(a) y apo B en nmol/l. Se obtuvo apo B no-Lp(a) sustrayendo la Lp(a) a los niveles de apo B. También se calculó la relación apoB no-Lp(a)/Lp(a), considerando una relación > 5 como indicadora de mayor RAT de la apoB no-Lp(a) y ? 5 como de mayor RAT de la Lp(a).

Resultados: Se evaluaron 168 pacientes con SCA (80,4% varones, edad 65,5 ± 13,0 años). La mediana de apo B fue 1.639 [1.345-2.082] nmol/l, la de Lp(a) 53 [26-132] nmol/l y apo B no-Lp(a) 1.563 [1.274-1.969] nmol/l. En 20 pacientes (11,9% del total) predominaba la RAT de la Lp(a), los cuales suponen el 44,4% de los 45 pacientes con niveles de Lp(a) superiores a 125 nmol/l; ningún paciente con Lp(a) ? 125 nmol/l tenía una predominancia de RAT de la Lp(a). En los pacientes en los que predominaba la RAT de la Lp(a) se encontró más antecedente de enfermedad aterosclerótica (60,0 vs 33,8%; p = 0,023), más tratamiento hipolipemiante al ingreso (75,0 vs 48,6%; p = 0,027) y mayor extensión de la enfermedad coronaria (3 [2-3] vs 2 [1-2] vasos enfermos; p = 0,013).

Características de los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo según predominase la responsabilidad aterogénica de la lipoproteína (a) o de la apolipoproteína B no contenida en la lipoproteína (a)

	Predomina la responsabilidad aterogénica Lp(a) (n = 20; 11,9%)	**Predomina la responsabilidad aterogénica apoB-no Lp(a) (n = 148; 88,1%)**	**Total (n = 168; 100%)**	**p**
Edad	67,17 ± 11,55	65,23 ± 13,18	65,51 ± 13,04	0,765
Sexo masculino	12 (60,0%)	123 (83,1%)	135 (80,4%)	0,051
Hipertensión arterial	14 (70,0%)	104 (70,3%)	118 (70,2%)	0,980
Dislipemia	16 (80,0%)	87 (58,8%)	103 (61,3%)	0,067
Diabetes	11 (55,0%)	65 (43,9%)	76 (45,2%)	0,350
Tabaquismo activo o previo	11 (55,0%)	101 (68,2%)	112 (66,7%)	0,238
Tratamiento hipolipemiante	15 (75,0%)	72 (48,6%)	87 (51,8%)	0,027
Índice de masa corporal (kg/m^2)	29,01 ± 4,40	28,42 ± 4,48	27,96 ± 5,93	0,287
Triglicéridos (mg/dL)	121 [100-149]	119 [90-175]	122 [90-178]	0,635
Colesterol HDL (mg/dL)	40 [35-52]	39 [33-45]	39 [33-47]	0,301
Colesterol LDL (mg/dL)	85 [52-108]	94 [63-125]	91 [62-118]	0,271
Apolipoproteína B (nmol/l)	1.550 [1.302-1.638]	1.716 [1.365-2.101]	1.639 [1.345-2.082]	0,032
Lipoproteína (a) (nmol/l)	293 [236-356]	44 [22-92]	53 [26-132]	0,001
Enfermedad aterosclerótica previa	12 (60,0%)	50 (33,8%)	62 (36,9%)	0,023
Número de vasos enfermos	3 [2-3]	2 [1-2]	2 [1-3]	0,013

Lp(a): lipoproteína (a); apoB: apolipoproteína B.

Gráfico de sectores.

Conclusiones: En pacientes que padecen un SCA, la RAT de apo B no-Lp(a) es mayor que la de Lp(a) en la mayoría de los pacientes (casi 90%), incluso en aquellos con Lp(a) elevada (55,6%). Los pacientes en los que predomina la RAT de la Lp(a), presentan más antecedentes de enfermedad vascular aterosclerótica y mayor extensión de la enfermedad coronaria. Estos resultados indican que la RAT de Lp(a) podría ser de utilidad para mejorar la estimación de riesgo cardiovascular de los pacientes con SCA, siendo necesarios más estudios para confirmarlo y evaluar su utilidad en otras situaciones clínicas.