

¿Desestimamos el riesgo cardiovascular en artritis reumatoidea?

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la causa más común de mortalidad en pacientes con artritis reumatoidea (AR) como consecuencia de un proceso acelerado de aterosclerosis y la elevación de citocinas proinflamatorias que contribuyen al daño endotelial y miocárdico. Los algoritmos de riesgo cardiovascular subestiman el riesgo real en pacientes hispanos con AR. La ecografía carotídea es una herramienta diagnóstica útil para detectar aterosclerosis subclínica. En estudios previos, los pacientes con AR considerados inicialmente como de riesgo bajo o moderado según los algoritmos de riesgo CV fueron reclasificados a una categoría de mayor riesgo, considerando la actividad de la enfermedad como un factor importante para esta reclasificación.

No se había diseñado ningún algoritmo de riesgo CV específico para la población hispana hasta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las tablas de riesgo de ECV en 2019, incluida una tabla que considera específicamente a la población hispana. La población hispana, en general, tiene una mayor incidencia de factores de riesgo CV tradicionales debido a factores conductuales, genéticos y ambientales.

Según las guías de 2016 de la Sociedad Europea de Cardiología, la presencia de placa carotídea (PC) supone un riesgo muy alto de eventos cardiovasculares, y se recomienda iniciar el tratamiento con estatinas.

Un estudio transversal realizado en México tuvo como objetivo evaluar la concordancia de la recomendación para iniciar la terapia con estatinas de acuerdo con las tablas de riesgo de ECV de la OMS 2019 y la presencia de PC identificada con ecografía carotídea en pacientes con AR (n:157), y determinar la proporción de pacientes reclasificados a alto riesgo CV tras la realización de la ecografía carotídea.

Los pacientes con AR tenían una mediana de duración de la enfermedad de 8,4 (3,7-16,2) años. La actividad media de la enfermedad fue de $3,45 \pm 1,37$ por DAS28-CRP.

Al evaluar el riesgo CV según la OMS, 52,9% de los pacientes fueron clasificados como de bajo riesgo, 24,8% moderado, 20,4% de alto riesgo, y 1,9% de muy alto riesgo. Se consideró el inicio de tratamiento con estatinas en 31,2% pacientes según la OMS. Según la ecografía carotídea, 31,2% de los pacientes tuvieron indicación de tratamiento con estatinas, por la presencia de PC. Se observó reclasificación del riesgo CV por la presencia de PC en 18,9% de los pacientes. El 49,68% de los pacientes tenían recomendación de inicio de terapia con estatinas por ambos métodos. Se observó una ligera concordancia ($k = 0,140$) al comparar las recomendaciones de tratamiento con estatinas entre las tablas de riesgo de ECV de la OMS y la presencia de PC. Las tablas de la OMS no lograron identificar una gran proporción de pacientes con aterosclerosis subclínica detectada por ecografía carotídea. Por lo tanto, se debe considerar la ecografía carotídea en la evaluación CV en AR. La combinación de ambos métodos podría ser un algoritmo útil para una evaluación integral y, sobre todo, para identificar el máximo número de pacientes que se beneficiarían de una intervención temprana con estatinas.

Bibliografía

Dionicio A. Galarza-Delgado et al. Statin indication according to the 2019 World Health Organization cardiovascular disease risk charts and carotid ultrasound in Mexican mestizo rheumatoid arthritis patients. *Advances in Rheumatology* (2022) 62:4

<https://advancesinrheumatology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s42358-022-00235-6>