



Magnitud y características del riesgo residual lipídico en pacientes con antecedentes de revascularización coronaria: estudio ICP- Bypass

*El riesgo residual lipídico se define como el exceso de complicaciones cardiovasculares en pacientes con buen control del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad y se atribuye fundamentalmente al colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad y los triglicéridos. El objetivo del estudio fue describir la magnitud y las características asociadas al riesgo residual lipídico en pacientes con antecedentes de revascularización coronaria.

Métodos

Estudio multicéntrico, transversal y observacional. Se definió riesgo residual lipídico por la presencia de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad $< 40\text{mg/dl}$ y/o triglicéridos $> 150\text{mg/dl}$ en pacientes con colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad $< 100\text{mg/dl}$.

INTRODUCCIÓN

La hipercolesterolemia es un factor de riesgo establecido e independiente de sufrir cardiopatía isquémica^{1, 2, 3}. La concentración sérica de lipoproteínas de baja densidad (LDL) se correlaciona directa y linealmente con la incidencia de complicaciones cardiovasculares, especialmente de eventos isquémicos; de hecho, el objetivo de control de la hipercolesterolemia es la concentración sérica de colesterol unido a LDL (cLDL)^{4, 5}. Sin embargo, el metabolismo lipídico es muy complejo y se han identificado diversas lipoproteínas implicadas en el inicio, el desarrollo y la inestabilización de todo el proceso aterosclerótico, principalmente las lipoproteínas de alta densidad (HDL)^{6, 7, 8, 9}, los triglicéridos^{10, 11, 12} o las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL)¹³. El exceso de complicaciones observado a pesar del control intensivo de los factores de riesgo cardiovascular se ha denominado riesgo residual que se atribuye a la coexistencia de otros factores de riesgo, la naturaleza evolutiva de la enfermedad aterotrombótica y, en lo referente al riesgo residual lipídico, a otras alteraciones lipídicas en pacientes con cLDL en objetivo, especialmente colesterol unido a HDL (cHDL) bajo y/o triglicéridos elevados^{4, 14}.

La verdadera prevalencia del riesgo residual lipídico no está bien descrita, pero parece ser más prevalente en los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, especialmente la cardiopatía isquémica^{14, 15, 16}. Los estudios de prevención secundaria se han centrado en describir el grado de control de la concentración sérica de cLDL^{17, 18, 19, 20, 21} y hay pocos datos sobre otras alteraciones del perfil lipídico en los pacientes con cardiopatía isquémica.

Las teorías más actuales en relación con la aterosclerosis

reflejan que en su formación y su desestabilización participa un desequilibrio a favor de las lipoproteínas ricas en apolipoproteína B, como LDL, quilomicrones o VLDL, frente a las lipoproteínas ricas en apolipoproteína A₁²². Sin embargo, estas determinaciones no suelen estar disponibles en la práctica clínica diaria y las concentraciones séricas de cLDL, cHDL y triglicéridos son las determinaciones empleadas en la mayoría de los escenarios clínicos implicados en la prevención cardiovascular. Además, la utilidad y el valor predictivo de estas determinaciones, que explicarían en parte el denominado riesgo residual, son válidos y en ellas se sustenta la mayor parte de la evidencia científica^{1, 12, 23, 24}. Por otra parte, las estatinas son la principal estrategia terapéutica de la hipercolesterolemia, especialmente en los pacientes con cardiopatía isquémica establecida, y tienen efecto muy potente en las LDL, pero mucho menor o neutro en las HDL y los triglicéridos²⁵.

Con la hipótesis de que los pacientes con cardiopatía isquémica tendrían una prevalencia de riesgo residual lipídico a pesar de elevada tasa de tratamiento hipolipemiante, los objetivos del presente estudio son, por una parte, analizar las características clínicas y la magnitud del riesgo residual en una población de pacientes con cardiopatía isquémica, definidos por el antecedente de revascularización coronaria quirúrgica o percutánea, y por otra, describir las características clínicas asociadas a la presencia de riesgo residual.

RESULTADOS

La presencia de alguna alteración del perfil lipídico entre los 2.292 pacientes incluidos fue elevada, puesto que el 44,9% tenían cLDL $> 100\text{mg/dl}$; el 38,5%, cHDL $< 40\text{mg/dl}$, y el 38,9%, triglicéridos $> 150\text{mg/dl}$. Al analizar la combinación de estas alteraciones del perfil lipídico, se observó que el 29,9% presentaba HDL $< 40\text{mg/dl}$ y/o triglicéridos $> 150\text{mg/dl}$, con cifras de LDL $< 100\text{mg/dl}$ (Figura 1); estos constituyeron el grupo de riesgo residual lipídico. Este subgrupo de pacientes mostró una media de edad ligeramente inferior, mayor prevalencia de diabetes mellitus, sexo masculino y revascularización coronaria en forma de ICP. Respecto a los resultados de las analíticas, no se observaron otras diferencias relevantes además de los parámetros incluidos en la definición de riesgo residual lipídico.

Respecto al tratamiento hipolipemiante, los pacientes con riesgo residual lipídico estaban tratados más frecuentemente con atorvastatina y menos con ezetimiba, sin que se observasen diferencias significativas en la utilización del resto de

hipolipemiantes ni en sus dosis. Los pacientes con riesgo residual lipídico presentaron mejor control de la concentración sérica de LDL, pero peor control de la glucemia basal, sin que observasen diferencias significativas en el control de la presión arterial o la glucohemoglobina.

Sobre los resultados del análisis multivariable de las características asociadas a la presencia de HDL bajo, triglicéridos elevados o riesgo residual lipídico, puede observarse que la diabetes fue la única variable, junto con la menor edad, que asoció las tres alteraciones; el sexo masculino también se asoció a la presencia de riesgo residual lipídico, mientras que la edad y el tratamiento con ezetimiba se asociaron negativamente. Por otra parte, diabetes,

tabaquismo activo, sexo masculino y tratamiento con fibratos se asociaron al cHDL bajo, y las variables que se asociaron a la hipertrigliceridemia fueron diabetes, tabaquismo, obesidad abdominal y el tratamiento con fibratos.

CONCLUSIONES

Una tercera parte de los pacientes con antecedentes de revascularización coronaria y cLDL < 100mg/dl presentan cHDL bajo y/o triglicéridos elevados, lo que se enmarca en el denominado riesgo residual lipídico. La diabetes y la menor edad son las principales características asociadas a la presencia de riesgo residual lipídico. La prevalencia del denominado riesgo residual afecta a la tercera parte de los pacientes con antecedente de revascularización.