



# Reumatología Clínica



<https://www.reumatologiainclinica.org>

## P002 - DETECCIÓN DE ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA MEDIANTE LA ECOGRAFÍA DE ARTERIAS FEMORALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J.A. Medina Luezas<sup>1</sup>, F. Aramburu Muñoz<sup>1</sup>, M.C. González-Montagut Gómez<sup>1</sup>, M.D. Sánchez González<sup>1</sup>, I. Janta<sup>1</sup>, E. del Barrio Rodríguez<sup>1</sup> y E. Loza Santamaría<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>2</sup>Instituto de Salud Musculoesquelética InMusc. Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un riesgo elevado de padecer una enfermedad cardiovascular que no se explica exclusivamente por los factores de riesgo tradicionales. La arteriosclerosis subclínica se relaciona con un riesgo comparable al de una enfermedad coronaria establecida. En la AR ha sido investigada mediante ecografía de las arterias carótidas donde se ha demostrado en metaanálisis una prevalencia superior a la de los controles de la misma edad y EULAR en sus recomendaciones sobre el manejo del riesgo cardiovascular en pacientes con AR considera que la ecografía carotídea puede formar parte de la evaluación del mismo. Estudios recientes realizados en población general indican que la arteriosclerosis subclínica en las arterias femorales es más frecuente que la carotídea y se asocia a un riesgo cardiovascular más elevado.

**Objetivos:** Estudiar la arteriosclerosis subclínica en las arterias femorales y su capacidad para mejorar la determinación del riesgo cardiovascular en pacientes con AR.

**Métodos:** Estudio observacional transversal de prevalencia en 140 pacientes con AR de entre 40 y 65 años. La arteriosclerosis subclínica se evaluó mediante ecografía de arterias carótidas y femorales.

**Resultados:** Se evidenciaron placas arterioscleróticas en el 86,4% de los pacientes, en las arterias carótidas en el 60,7% y en las femorales en el 78,6%. Las personas con arteriosclerosis en ambas localizaciones tienen más placas y de mayor tamaño (tabla 1). Mediante factores clínicos solo 7,9% de las personas con AR se consideraron de riesgo cardiovascular muy elevado, tras la ecografía carotídea el porcentaje aumentó al 57,1% y tras la ecografía femoral al 86,4% (tabla 2).

Tabla 1. Características de las placas arterioscleróticas

Placa solo carótidas	Placa solo femorales	Placas en ambas localizaciones
N11	N36	N74

Nº placas carótida por paciente	1,3 ± 0,5		2,5 ± 2,0*
Tamaño placas carótida (mm)	1,63 ± 0,20		2,08 ± 0,69*
Nº placas femorales por paciente		2,3 ± 1,7	3,7 ± 2,9**
Tamaño placas femorales (mm)		2,20 ± 0,59	3,10 ± 1,10**
Nº total de placas por paciente	1,3 ± 0,5	2,3 ± 1,7*	6,2 ± 4,3***

¿Los resultados se expresan como media ± desviación estándar. \*Diferencias significativas vs placas carótideas. \*\*Diferencias significativas vs placas femorales. \*\*\*Diferencias significativas vs placas carótideas y femorales.

Tabla 2 clasificación en categorías de riesgo cardiovascular modificada por presencia de placas arterioscleróticas

	Clínico	Ecografía carotídea		Ecografía carotídea y femoral	
Riesgo bajo	41 (29,3)	25 (17,9)	-16	11 (7,9)	-30
Riesgo moderado	68 (48,6)	22 (15,7)	-46	5 (3,6)	-63
Riesgo alto	20 (14,3)	13 (9,3)	-7	3 (2,1)	-17
Riesgo muy alto	11 (7,9)	80 (57,1)	+ 69	121 (86,4)	+110

Resultados expresados en número de pacientes, porcentaje entre paréntesis y variación absoluta

**Conclusiones:** La incorporación de la exploración ecográfica de las arterias femorales, en adición a la de arterias carótidas, incrementa la detección de arteriosclerosis subclínica en los enfermos con AR, determina un grupo de pacientes con mayor intensidad de la enfermedad arteriosclerótica, y permite reclasificar a un mayor número de personas consideradas de riesgo cardiovascular bajo o moderado a riesgo cardiovascular muy alto.