



P010 - ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE EL EMPLEO DE LOS MARCADORES CLÁSICOS Y LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

R. González Mazario¹, J.J. Fragío Gil¹, E. Grau García¹, P. Martínez Calabuig², M. de la Rubia Navarro¹, C. Pavez Perales¹, S. Leal Rodríguez¹, C. Alcañiz Escandell¹, I. Cánovas Olmos¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, J. Ivorra Cortés¹, I. Martínez Cordellat¹, C. Nájera Herranz¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.E. Oller Rodríguez¹, F.M. Ortiz-Sanjuán¹, E. Vicens Bernabeu¹, A.J. Cañada Martínez³ y J.A. Román Ivorra^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia.

Resumen

Introducción: La principal causa de mortalidad en pacientes con artritis reumatoide (AR) es la enfermedad cardiovascular (ECV), que no se explica exclusivamente por los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos. La medición del grosor de la íntima-media (GIM) carotídea y/o la detección de placas de ateroma por ecografía son marcadores que permiten reclasificar a los pacientes a un alto RCV.

Objetivos: Estimar el RCV en pacientes con AR mediante el empleo de ecografía carotídea adicionalmente a los FRCV clásicos.

Métodos: Estudio de casos y controles, prospectivo observacional transversal en pacientes diagnosticados de AR según criterios ACR/EULAR 2010. Se incluyeron pacientes de entre 18-75 años y se emparejaron con controles sanos. Fueron excluidos aquellos pacientes o controles con ECV establecida y enfermedad renal crónica estadios 3-5. Se recogieron variables demográficas, clínicas y un explorador ciego realizó un estudio cuantitativo y cualitativo de ecografía carotídea. El análisis estadístico se realizó con el software R (versión 3.6.1). Para encontrar diferencias entre grupos se ajustó mediante análisis multivariante de la varianza (Manova) y regresión binomial negativa debidamente ajustada por factores de confusión.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes con AR y 111 controles sanos. Los datos demográficos y clínicos de ambos grupos se representan en la tabla 1, y los parámetros relacionados a la AR en los controles en la tabla 2. No se encontraron diferencias estadísticas entre ambos grupos, no siendo más prevalentes los FRCV clásicos en los pacientes con AR. Se observa en los dos brazos que a mayor edad e IMC había más casos de HTA ($p < 0,001$). En cuanto a los pacientes con AR tenían una larga evolución de su enfermedad, la gran mayoría erosiva, y más del 50% en tratamiento con FAME biológico o JAKi, habiendo fracasado a biológicos 68 pacientes (34%). Los hallazgos de la ecografía carotídea se muestran en la tabla 3. Encontramos un aumento del GIM (tanto derecho como izquierdo) en los casos en comparación con controles ($p < 0,006$), ajustada a factores de confusión (edad, sexo y FRCV), mostrando relación estadística significativa con los años de evolución y el DAS28 ($p < 0,001$). En cuanto a la presencia de placas también fue mayor en los casos, ($p < 0,004$), mostrando también relación con los años de evolución de la enfermedad ($p < 0,001$). No encontramos relación estadística significativa en relación a ninguno FRCV y la edad. El uso de estatinas, en ambos grupos, no se mostró protector del aumento del GIM ni la presencia de placas ($p > 0,05$). No se observa

relación con otros factores como la presencia de osteoporosis y el nivel de ácido úrico.

Tabla 1. Datos demográficos y clínicos

Características	Casos AR, n = 200	Controles sanos, n = 111
Edad (años)	60,56 (10,71)	56,79 (12,15)
	Mujeres 163 (81,5%)	Mujeres 73 (65,77%)
Sexo	Hombres 37 (18,5%)	Hombres 38 (34,23%)
	Europa 186 (93%)	Europa 101 (90,99%)
Origen	Latinoamérica 13 (6,5%)	Latinoamérica 9 (8,11%)
	Asia 1 (0,5%)	Asia 1 (0,9%)
	Fumadores 42 (21%)	Fumadores 20 (18,02%)
Hábito tabáquico	No 107 (53,5%)	No 71 (63,96%)
	Ex 51 (25,5%)	Ex 20 (18,02%)
Hipertensos	83 (41,5%)	34 (30,63%)
Tratamiento anti-hipertensivo	73 (36,5%)	32 (28,83%)
Diabetes Mellitus	16 (8%)	9 (8,11%)
Dislipemia	93 (46,5%)	39 (35,14%)
Tratamiento con estatinas	85 (42,5%)	35 (31,53%)
Actividad física diaria	138 (69%)	64 (57,66%)
Historia familiar de ECV precoz	26 (13%)	9 (8,11%)

Antecedente de osteoporosis	61 (30,5%)	13 (11,71%)
Antecedente de gota	1 (0,5%)	6 (5,41%)
Tratamiento hipouricemiante	1 (0,5%)	8 (7,21%)
IMC	26,38 (5,03)	26,2 (5,19)
Tensión arterial sistólica	127,2 (18,36)	127,77 (19,42)
Tensión arterial diastólica	78,67 (10,21)	78,28 (10,59)
Glucosa (mg/dL)	92,14 (14,98)	93,31 (15,22)
Filtrado glomerular CKD-EPI (ml/min)	84,36 (17,49)	89,41 (15,37)
Ácido úrico (mg/dL)	4,46 (1,2)	4,82 (1,33)
Colesterol total (mg/dL)	197,88 (37,17)	194,77 (35,79)
HDLc (mg/dL)	63,72 (15,66)	56,99 (15,1)
LDLc (mg/dL)	108,79 (34,38)	114,44 (30,93)
CT/HDLc	3,28 (0,97)	3,77 (1,05)
Triglicéridos (mg/dL)	119,56 (63,83)	121,58 (75,08)
PCR (mg/L)	5,46 (8,5)	2,31 (2,32)
VSG (mm/h)	20,75 (16,58)	11,25 (7,42)
Vitamina D-25(OH) (ng/mL)	31,1 (11,78)	26,26 (9,87)

Tabla 2. Características de la AR en los controles

Evolución de la AR (años)	16,98 (11,38)
Erosiones	163 (81,5%)
Seropositivos	146 (73%)
Manifestaciones extraarticulares	44 (22%)
EPID	10 (5%)
Nódulos reumatoideos	14 (7%)
Uso de glucocorticoides	103 (51,5%)
Dosis media (prednisona) en el último año (mg)	2,34 (2,84)
FAME sintético asociados	
Metotrexate	104 (52%)
Leflunomida	29 (14,5%)
Hidroxicloroquina	9 (4,5%)
FAME biológico	89 (44,5%)
Anti-TNF	41 (20,5%)
Abatacept	15 (7,5%)
Anti-IL6	22 (11%)
Rituximab	11 (5,5%)
JAKi	26 (13%)

Baricitinib	11 (5,5%)
Tofacitinib	15 (7,5%)
Fracaso a biológicos	68 (34%)
DAS 28	3,1 (2,3, 3,9)
SDAI	7,85 (4,04, 13,41)
HAQ	0,88 (0,22, 1,5)
FR (U/mL)	51 (15, 164,25)
ACCP (U/mL)	173 (22, 340)

Tabla 3. Datos de la ecografía carotídea

	AR, n = 200	Controles sanos, n = 111
GIM derecho	0,78 (0,15)	0,62 (0,11)
GIM izquierdo	0,77 (0,14)	0,64 (0,12)
Placas	101 (50,5%)	32 (28,83%)
Bilaterales	64 (32%)	11 (9,91%)
Unilateral derecha	17 (8,5%)	7 (6,31%)
Unilateral izquierda	20 (10%)	14 (12,61%)
Número de placas	1,61 (2,16)	0,55 (1,14)

Conclusiones: Observamos una alta prevalencia de aterosclerosis carotídea estimada por ecografía en AR en comparación con controles sanos, sin asociarse a edad, sexo y FRCV clásicos. Se evidencia una relación de aterosclerosis carotídea con el tiempo de duración de la AR y el DAS28. Esto indica, como se ha planteado

en otros estudios, que las condiciones inflamatorias e inherentes a la AR pueden afectar la formación de placas ateroscleróticas, por lo que para el manejo de la ECV en estos pacientes debe ser primordial no solo controlar los FRCV tradicionales, sino también la actividad de la AR.