

- risión with dynamic magnetic resonance imaging. *Arthritis Rheum.* 2001;44:2018-23.
7. Palazzi C, D'Amico E, De Santis D, Petricca A. Jaccoud's arthropathy of the hands as a complication of pyrophosphate arthropathy. *Rheumatology (Oxford)*. 2001;40:354-5.
 8. Wu Y, Zheng J. Jaccoud's arthropathy and psoriatic arthritis, a rare association. *Rheumatol Int.* 2010;30:1081-3.
 9. Skare TL, Godoi Ade L, Ferreira VO. Jaccoud arthropathy in systemic lupus erythematosus: Clinical and serological findings. *Rev Asoc Med Bras.* 2012;58:489-92.
 10. Yoon HS, Kim KJ, Baek IW, Park YJ, Kim WU, Yoon CH, et al. Ultrasonography is useful to detect subclinical synovitis in SLE patients without musculoskeletal involvement before symptoms appear. *Clin Rheumatol.* 2014;33:341-8.

Carlos Manuel Feced Olmos*, José Ivorra Cortés,
Rosa Negueroles Albuixech
y José Andrés Román Ivorra

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosfeced@gmail.com (C.M. Feced Olmos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.08.002>

Artritis reumatoide, un nuevo enfoque del riesgo cardiovascular



Rheumatoid arthritis, a new focus on cardiovascular risk

Sr. Editor:

Los sujetos con artritis reumatoide (AR) tienen una mayor prevalencia de los factores de riesgo tradicionales y tienen un 68% más de riesgo de desarrollar infarto cardiaco¹ que la población general, persistiendo este aumento del riesgo aun cuando el análisis se ajusta para los factores de riesgo coronario tradicionales^{1,2}. Las recomendaciones EULAR³ para la valoración del riesgo cardiovascular en sujetos con AR propone la aplicación de modelos de valoración de riesgo, por ejemplo, tipo Framingham. Por otro lado, EULAR recomienda especial atención a los sujetos con AR de larga evolución (más de 10 años), positividad del factor reumatoide o de los anticuerpos anti-PCC y aquellos con presencia de manifestaciones extraarticulares³.

El reumatólogo, en su práctica diaria, debe realizar diferentes índices: para diagnóstico, clasificación, actividad de la enfermedad, progresión radiológica, riesgo de fracturas por fragilidad (FRAX y otros), calidad de vida del paciente, etc., a lo cual sumamos la valoración del riesgo coronario.

Recientemente, se ha publicado la 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines⁴, en la cual se plantea la «extensa y consistente» evidencia acerca del beneficio del uso de estatinas para reducir el riesgo cardiovascular en sujetos con niveles de cLDL por encima de 70 mg/dL. Se identifican 4 grupos de sujetos que se beneficiarían del uso de estatinas: 1) sujetos con enfermedad cardiovascular clínica; 2) sujetos con cLDL \geq 190 mg/dL; 3) diabéticos entre 40-75 años de edad con cLDL entre 70-189 mg/dL y sin enfermedad cardiovascular clínica, y 4) sujetos sin enfermedad cardiovascular clínica o diabetes, con cLDL entre 70-189 mg/dL y un riesgo estimado a 10 años \geq 7,5%⁴.

Dado que la AR tiene un riesgo cardiovascular similar a la diabetes mellitus⁵, que el uso de estatinas aporta un efecto antiinflamatorio, modesto aunque significativo⁶, y que el uso de fármacos antiinflamatorios (coxibs y no coxibs) se asocia a mayor riesgo coronario⁷, proponemos que los sujetos con AR sin enfermedad cardiovascular clínica, con cLDL entre 70-189 mg/dL y sin límite superior para la edad sean considerados en el grupo 3 de los 4 grupos anteriormente identificados, lo cual implica el uso de estatinas en «moderada intensidad»⁴ para la mayoría de los pacientes con AR; no obstante, en sujetos con AR de larga evolución, factor reumatoide/anti-PCC positivos o manifestaciones extraarticulares que cumplan al menos 2 de estos criterios podría considerarse el

uso de estatinas en régimen de «alta intensidad»⁴. Estas recomendaciones pueden extenderse a sujetos con espondiloartritis, incluida la psoriásica⁸.

En sujetos con artropatías inflamatorias se ha demostrado que el uso de estatinas modifica el perfil lipídico plasmático y el riesgo coronario de forma similar que en sujetos sin artropatías inflamatorias y esta reducción se extiende a la AR, la espondilitis y la artritis psoriásica⁹; incluso en aquellos sujetos con AR que utilizan estatinas, la interrupción del tratamiento está asociada a un incremento del riesgo de muerte cardiovascular¹⁰.

A pesar de los beneficios en el riesgo cardiovascular que, a nuestro juicio, aportarían las estatinas en sujetos con artropatías inflamatorias, siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de miopatía y sobre todo de hepatotoxicidad que pueden producir en sujetos que además utilizan otros fármacos hepatotóxicos.

En conclusión, recomendamos que todos los sujetos con artropatía inflamatoria, especialmente AR, mayores de 40 años de edad, con cLDL entre 70-189 mg/dL y sin enfermedad cardiovascular clínica reciban estatinas a dosis moderadas y en aquellos con riesgo especialmente alto (con 2 o más de estas condiciones: AR de larga evolución, factor reumatoide/anti-PCC positivos, manifestaciones extraarticulares) reciban estatinas a régimen de alta intensidad.

Bibliografía

1. Avina-Zubieta JA, Thomas J, Sadatsafavi M, Lehman AJ, Lacaille D. Risk of incident cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis: A meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis.* 2012;71:1524-9.
2. Del Rincon ID, Williams K, Stern MP, Freeman GL, Escalante A. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors. *Arthritis Rheum.* 2001;44:2737-45.
3. Peters MJ, Symmons DP, McCarey D, Dijkmans BA, Nicola P, Kvien TK, et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:325-31.
4. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2014;129 25 Suppl 2:S1-45.
5. Van Halm VP, Peters MJ, Voskuyl AE, Boers M, Lems WF, Visser M, et al. Rheumatoid arthritis versus type 2 diabetes as a risk factor for cardiovascular disease: A cross-sectional study. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1395-400.
6. McCarey DW, McInnes IB, Madhok R, Hampson R, Scherbakov O, Ford I, et al. Trial of Atorvastatin in Rheumatoid Arthritis (TARA): Double-blind, randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2004;363:2015-21.
7. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: Network meta-analysis. *BMJ.* 2011;342:2-52.
8. Peters MJ, van der Horst-Bruinsma IE, Dijkmans BA, Nurmohamed MT. Cardiovascular risk profile of patients with spondylarthropathies, particularly ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2004;34:585-92.
9. Semb AG, Kvien TK, DeMicco DA, Fayyad R, Wun CC, LaRosa JC, et al. Effect of intensive lipid-lowering therapy on cardiovascular outcome in patients

- with and those without inflammatory joint disease. *Arthritis Rheum.* 2012;64: 2836-46.
10. De Vera MA, Choi H, Abrahamowicz M, Kopec J, Laccaille D. Impact of statin discontinuation on mortality in patients with rheumatoid arthritis: A population-based study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64: 809-16.

Erardo Meriño-Ibarra*
y Concepción Delgado-Beltrán

Sección de Reumatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: erardomerino@gmail.com (E. Meriño-Ibarra).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.09.002>