

Valoración del riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide

ROBUSTILLO VILLARINO M¹, ALEGRE SANCHO JJ²

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario de La Plana. Villarreal (Castellón)

²Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia

Correspondencia: Dra. Montserrat Robustillo Villarino - Sección de Reumatología - Hospital Universitario de la Plana - Carretera de Villarreal a Burriana Km 0,5 - 12540 Villarreal (Castellón)

✉ montse.robustillo@gmail.com

El contenido de este algoritmo no supone un posicionamiento oficial de la Sociedad Valenciana de Reumatología, sino la opinión particular de los autores.

Los pacientes con AR presentan un acortamiento de la esperanza de vida^{1,2} entre 3 y 10 años³, fundamentalmente a expensas de complicaciones cardiovasculares (CV)⁴: infarto de miocardio en primer lugar^{7,8}, seguido de los accidentes vasculares cerebrales⁸. Al margen de que, como es conocido, los factores de riesgo CV clásicos son más prevalentes en los pacientes con AR que en la población general^{5,6}, la explicación a este fenómeno es que se produce una aterosclerosis acelerada⁹ debido a la inflamación sistémica crónica, por lo que la enfermedad se comporta como un factor de riesgo CV en sí misma. Entre los factores que han demostrado ser predictores de mortalidad CV se encuentran el “Health Assessment Questionnaire” (HAQ), el cuestionario de calidad de vida SF-36, la VSG y la PCR^{10,11}.

Se han realizado estudios con diferentes técnicas que determinan el daño vascular desde un punto de vista tanto funcional como estructural. Entre ellas, la técnica más empleada en pacientes con AR ha sido la ecografía carotídea para la determinación de la presencia de placa de ateroma y la medición del grosor de íntima media carotídeo (GIMc). Para aquellos reumatólogos que no dominen la técnica o bien no dispongan de un ecógrafo, puede resultar de ayuda un dispositivo de fácil manejo que determina la rigidez arterial mediante la medición de la velocidad de onda de pulso (VOP) por oscilometría braquial (Mobil-O-Graph®).

FIGURA 1. ALGORITMO SOBRE LA VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

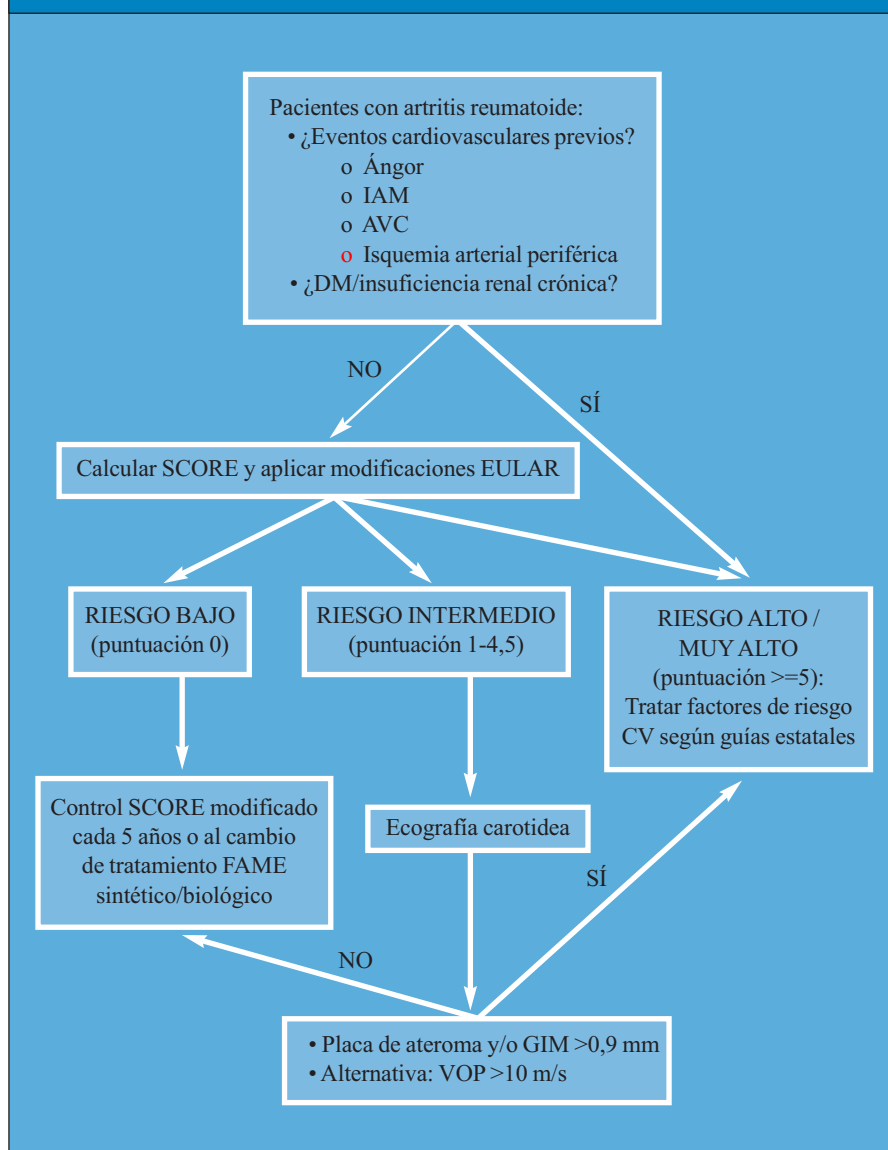
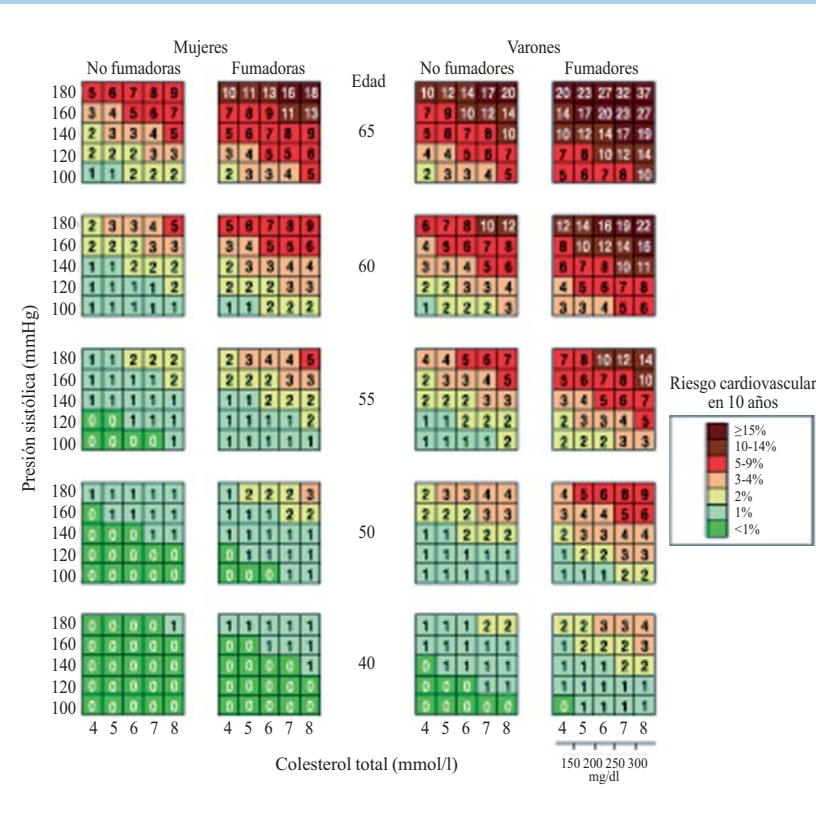


FIGURA 2

TABLA SCORE CALIBRADA PARA ESPAÑA DEL RIESGO ESTIMADO DE MORTALIDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA EN 10 AÑOS, PARA VALORES ESPECÍFICOS DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA Y COLESTEROL TOTAL, SEGÚN HÁBITO TABÁQUICO, SEXO Y EDAD



En relación a la valoración del riesgo CV en estos pacientes, se propone un algoritmo (Figura 1) para estandarizar su diagnóstico y seguimiento, así como sugerir la actitud terapéutica a seguir. En todos los pacientes con AR es preciso clasificar el riesgo de padecer un evento CV en 10 años según las tablas SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) (Figura 2) para países de bajo riesgo, entre los que se encuentra España. Además, según las recomendaciones EULAR¹⁶ se debe aplicar un factor multiplicador de 1,5 en aquellos pacientes que presenten 2 o más de las siguientes características:

- FR y/o ACPA positivos.
- Más de 10 años de evolución de enfermedad.
- Afectación extra-articular.

Los pacientes con un SCORE modificado (SCOREm) de 0 se consideran de riesgo CV bajo. Se recomienda en ellos adoptar medidas de prevención primaria, así como realizar una estratificación SCORE cada 5 años o ante un cambio de tratamiento, ya sea de FAME sintético o biológico¹⁶.

Los pacientes con un riesgo CV intermedio según el SCOREm (superior a 0 e inferior a 5) pueden presentar placas de ateroma hasta en un 63% de los casos. Por esta razón, en estos pacientes se recomienda realizar una ecografía carotídea. El estudio ecográfico se considera patológico si se objetiva la presencia de placas de ateroma y/o si el GIMc es mayor o igual a 0,9 mm. Estos hallazgos se consideran como lesión de órgano diana vascular. En caso de no disponer de ecógrafo, la medición de la VOP puede resultar útil para clasificar a los pacientes desde el punto de vista de daño vascular: un valor de VOP igual o mayor a 10 m/s se consideraría patológico. El hallazgo de daño vascular por cualquiera de estos métodos reclasifica a estos pacientes a muy alto riesgo CV¹⁷. Los pacientes que han presentado eventos CV previos, tengan antecedentes de diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica, o aquellos con un SCOREm igual o mayor a 5 se consideran de alto riesgo CV. En estos casos, y en aquellos pacientes con SCOREm intermedio y

FIGURA 3

ESTRATIFICACIÓN SEGÚN EL RIESGO VASCULAR TOTAL Y OBJETIVOS DE COLESTEROL LDL SEGÚN LAS GUÍAS EUROPEAS DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR. LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO SE BASA EN LA IDENTIFICACIÓN DIRECTA DE PACIENTES DE ALTO Y MUY ALTO RIESGO (INDICADOS EN COLOR AZUL). EN EL RESTO DE LOS PACIENTES LA ESTIMACIÓN DE RIESGO SE REALIZA A PARTIR DE LAS TABLAS DEL PROYECTO SCORE

Guías europeas de prevención cardiovascular. 2012		
Riesgo	Criterios	Objetivo LDL
Muy alto	Enfermedad CV establecida diabetes + FR o LOD IRC FG <30 Score >10%	<70 ó reducción >50%
Alto	Dislipemias genéticas HTA severa diabetes sin FR IRC FG 30-60 Score 5-10%	<100
Moderado	Score 1-5%	<115
Bajo	Score <1%	

CV: cardiovascular; FG: filtrado glomerular; FR: factor de riesgo; HTA: hipertensión arterial; IRC: insuficiencia renal crónica; LOD: lesión de órgano diana.

ecografía patológica, se recomienda un control estricto de la actividad inflamatoria además de tratar los factores de riesgo CV clásicos según las indicaciones de las guías estatales (Figura 3).

Estudios recientes avalan que un mejor control de la actividad inflamatoria permite una mejoría del pronóstico desde el punto de vista CV¹². Así, tanto el tratamiento con metotrexato como con terapias biológicas han permitido en las dos últimas décadas que la morbimortalidad CV sea equivalente al de la población general^{13,14}, además de inducir mejoras significativas en diferentes marcadores subrogados como el GIMc¹⁵. Los AINE se deberían prescribir con cautela en pacientes con elevado riesgo CV; mientras que la dosis de glucocorticoides debería ser la mínima efectiva para tratamientos prolongados, y plantear su reducción cuando se alcance la remisión clínica¹⁶.

Estas recomendaciones también pueden ser aplicables al resto de enfermedades inflamatorias articulares, como la artritis psoriásica y la espondilitis anquilosante¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Humphreys JH, Warner A, Chipping J, Marshall T, Lunt M, Symmons DPM, et al. Mortality Trends in Patients with Early Rheumatoid Arthritis Over 20 Years: Results From the Norfolk Arthritis Register: Trends of Mortality Rates in UK Patients With Early RA. *Arthritis Care Res.* 2014;66:1296-301.
- 2.- Dadoun S, Zeboulon-Ktorza N, Combescure C, Elhai M, Rozenberg S, Gossec L, et al. Mortality in rheumatoid arthritis over the last fifty years: Systematic review and meta-analysis. *Joint Bone Spine.* 2013;80:29-33.
- 3.- Carmona L, Cross M, Williams B, Lassere M, March L. Rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010;24:733-45.
- 4.- Aviña-Zubieta JA, Choi HK, Sadatsafavi M, Etminan M, Esdaile JM, Lacaille D. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: A meta-analysis of observational studies. *Arthritis Rheum.* 2008;59:1690-7.
- 5.- Boyer JF, Gourraud PA, Cantagrel A, Davignon JL, Constantin A. Traditional cardiovascular risk factors in rheumatoid arthritis: a meta-analysis. *Joint Bone Spine.* 2011 Mar;78:179-83.
- 6.- Dessein PH, Joffe BI, Veller MG, Stevens BA, Tobias M, Reddi K, et al. Traditional and nontraditional cardiovascular risk factors are associated with atherosclerosis in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2005 Mar;32:435-42.
- 7.- Symmons DPM, Gabriel SE. Epidemiology of CVD in rheumatic disease, with a focus on RA and SLE. *Nat Rev Rheumatol.* 2011;7:399-408.
- 8.- Meune C, Touzé E, Trinquart L, Allanore Y. High risk of clinical cardiovascular events in rheumatoid arthritis: Levels of associations of myocardial infarction and stroke through a systematic review and meta-analysis. *Arch Cardiovasc Dis.* 2010;103:253-61.
- 9.- Gonzalez-Gay MA, Gonzalez-Juanatey C, Martin J. Rheumatoid arthritis: a disease associated with accelerated atherogenesis. *Semin Arthritis Rheum.* 2005;35:8-17.
- 10.- Michaud K, Vera-Llonch M, Oster G. Mortality risk by functional status and health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2012;39:54-9.
- 11.- Myasoedova E, Crowson CS, Kremers HM, Roger VL, Fitz-Gibbon PD, Thorneau TM, et al. Lipid paradox in rheumatoid arthritis: the impact of serum lipid measures and systemic inflammation on the risk of cardiovascular disease. *Ann Rheum Dis.* 2011 Mar;70:482-7.
- 12.- Solomon DH, Reed GW, Kremer JM, Curtis JR, Farkouh ME, Harrold LR, et al. Disease activity in rheumatoid arthritis and the risk of cardiovascular events. *Arthritis Rheumatol.* 2015 Jun;67:1449-55.
- 13.- Ljung L, Rantapää-Dahlqvist S, Jacobsson LT, Askling J. Response to biological treatment and subsequent risk of coronary events in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2016 Dec;75:2087-2094.
- 14.- Choi HK, Hernán MA, Seeger JD, Robins JM, Wolfe F. Methotrexate and mortality in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study. *Lancet.* 2002 Apr 6;359:1173-7.
- 15.- Kim HJ, Kim MJ, Lee CK, Hong YH. Effects of Methotrexate on Carotid Intima-media Thickness in Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Korean Med Sci.* 2015 Nov;30:1589-96.
- 16.- Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJ, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis.* 2017 Jan;76:17-28.
- 17.- Corrales A, Parra JA, González-Juanatey C, Rueda-Gotor J, Blanco R, Llorca J, et al. Cardiovascular risk stratification in rheumatic diseases: carotid ultrasound is more sensitive than Coronary Artery Calcification Score to detect subclinical atherosclerosis in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013;72:1764-70.