

# La aterosclerosis subclínica del hipertenso

## ¿Cómo manejamos el colesterol?

### Dr. Diego Nannini

- Magister en Mecánica Vascular e Hipertensión Arterial
- Presidente del Comité Organizador del Congreso Argentino SAHA. Rosario 2013
- Ex Presidente de la Sociedad de Cardiología de Rosario



La semana pasada, en el consultorio, tuve dos situaciones que me llevaron a escribir esta editorial y a repasar una serie de publicaciones de Valentín Fuster, sobre el estudio PESA, (*Progression of Early Subclinical Atherosclerosis*) que se realiza en Madrid desde 2010:

Concurrió una paciente de 56 años, con los análisis ya realizados por su clínico, quien la había "felicitado" por tener valores de colesterol excelentes: Total, 203 mg/%, HDL 61 mg/%, triglicéridos 101 mg/%, y LDL 121 mg/% ... no está mal, pensé. Pero, como la paciente era hipertensa, evalúe la presencia de aterosclerosis subclínica y le hallé múltiples ateromas en sus carótidas y bifurcaciones ileofemorales. Entonces me surgió la pregunta: ¿cómo le explicaba ahora, que - a pesar de la felicitación qué le brindó el colega- su valor de colesterol distaba mucho de ser el ideal para su biología y que requería una medicación crónica?. ¿Y si no hubiera sido hipertensa, hubiera sido incorrecto evaluarle su árbol arterial?

En el estudio PESA, se verifica que el 45% de las personas sin factores de riesgo y con LDL de sólo 110 mg/% tenían aterosclerosis subclínica. Entonces: ¿qué es tener colesterol "normal"?. ¿Será un valor umbral mágico o será un valor personalizado que nos mantiene sin ateromas o -una vez desarrollados- logra su regresión? Y luego... ¿debemos seguir mencionando valores poblacionales cuando el riesgo y los eventos son de personas?

La aterosclerosis comienza con niveles de LDL de 50 o 60 mg/%, para varones o mujeres en edad media de la vida, dato coincidente con el LDL requerido para lograr regresión de las placas ateroscleróticas.

Un segundo paciente concurrió con un estudio de

doppler de vasos de cuello que mostraba placas no obstructivas que rondaban el 10 a 20% de la luz de la arteria. Para él y según lo comentado por un colega, lo encontrado no tenía importancia, visto el escaso porcentaje de obstrucción. A sus 50 años: ¿era éste un hallazgo esperado?, ¿era relevante para su pronóstico?, ¿era suficiente y adecuado el estudio de flujos carotídeos para evaluar daño subclínico?

En el estudio PESA se analizaron 4184 pacientes, con una edad promedio de 46 años, 37% mujeres y con escasos factores de riesgo – 2% de diabéticos, 12% hipertensos, IMC promedio 26 kg/m<sup>2</sup>, 20% fumadores – a los que se les realizó ultrasonido carotídeo, íleo femoral y aórtico abdominal y score de calcio coronario por TAC; el 63% de los pacientes tuvo evidencia de aterosclerosis en alguno de los territorios evaluados (carotídeo, íleo femoral, aórtico o coronario). Ahora bien: ¿puede sorprendernos que, en nuestros consultorios, el hallazgo de placas sea la regla más que la excepción, cuando vemos – en general - pacientes con mayor riesgo que los del PESA?. De hecho, en 2015, cuando evaluamos 280 pacientes hipertensos de consultorio, con una edad promedio de 57,2 años, varones (59%) y mujeres (41%), con ecografía carotídea y femoral y hallamos una prevalencia de 79 % de placas, con predominio de localización femoral.

Repasemos ahora otros datos notorios del estudio PESA :

- El 58% de los pacientes con placas eran de bajo riesgo.
- Los de riesgo moderado, el 86% tenía placas.
- El 60% de aquellos con score de calcio 0 tuvieron placas en otro territorio.



- Luego de 3 años de la evaluación inicial, el 40% incrementó el grado de afectación aterosclerótica, principalmente por desarrollo de placas en el ultrasonido, más que por detección de score de calcio > 1.

Llevamos décadas analizando cada paciente según los factores de riesgo y usando scores de riesgo, útiles a nivel poblacional pero con escasa utilidad a nivel individual. La evidencia actual muestra que la visualización de la enfermedad subclínica por score de calcio o por la detección de placas en arterias periféricas es muy útil para re-estratificar el riesgo de cada individuo e identificar mejor los pacientes limítrofes que se beneficiarían con intervenciones terapéuticas.

En el estudio PESA, la alta tasa de detección de enfermedad en grupos de bajo e intermedio riesgo probablemente sea el resultado de la utilización de distintos sectores de cribado en la búsqueda de daño subclínico. Estos resultados podrían explicar -en cierto grado- la discrepancia entre los cálculos de riesgo basados en poblaciones y la ocurrencia de eventos clínicos a nivel individual.

Un hallazgo crucial fue que el segmento con mayor prevalencia de placas fue el ileofemoral y éste correlacionó mejor con los factores de riesgo tradicionales. *¿Porqué entonces seguimos evaluando solamente la afectación aterosclerótica con estudios carotídeos, cuando el segmento ileofemoral es el más precoz, el más prevalente y el mejor marcador pronóstico?*

Además, ¿alcanza con conocer la presencia/ausencia de placas como si fuera una variable binaria o debemos ajustarnos a mediciones y grados de afectación aterosclerótica de las arterias analizadas, para tener una noción más clara de la utilidad de una intervención o de su necesidad?. ¿Debemos seguir utilizando el doppler carotídeo - diseñado originalmente para evaluar el aumento de las velocidades asociado a obstrucciones- como elemento predictor de eventos vasculares? ¿O convendrá comenzar a disponer de sistemas de medición de área de placas 2 D o 3 D como las utilizadas en PESA?

### Lectura recomendada:

Fernandez-Friera L, Fuster V, Lopez-Melgar B et al. Normal LDL-Cholesterol Levels Are Associated With Subclinical Atherosclerosis in the Absence of Risk Factors. *J Am Coll Cardiol* 2017;70:2979-2991

Fernandez-Friera L, Penalvo JL, Fernandez-Ortiz A et al. Prevalence, Vascular Distribution, and Multiterritorial Extent of Subclinical Atherosclerosis in a Middle-Aged Cohort: The PESA (Progression of Early Subclinical Atherosclerosis) Study. *Circulation* 2015;131:2104-13

Lopez-Melgar B, Fernandez-Friera L, Oliva B et al. Short-Term Progression of Multiterritorial Subclinical Atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 2020; 75:1617-1627

Borja Ibanez, Antonio Fernández-Ortiz, Leticia Fernández-Friera, et al Progression of Early Subclinical Atherosclerosis (PESA) Study JACC Focus Seminar 7/8, *J Am Coll Cardiol* 2021;78:156–79

Nannini, D. Detección de placas en las arterias femorales y las carótidas en una población de pacientes hipertensos. Implicancias pronósticas. Suplemento Nº1 -Hipertensión Arterial- Año 2015, *Revista F.A.C.* vol 44

