

ATEROESCLEROSIS ACELERADA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Paula B Alba

La mortalidad prematura es la consecuencia médica más severa de cualquier enfermedad. Tradicionalmente las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades neoplásicas han sido consideradas como las condiciones fatales, mientras que las enfermedades reumáticas han sido consideradas como no fatales tanto para la comunidad médica como para los pacientes. Sin embargo, la mayoría de las enfermedades reumáticas tienen una historia natural de mortalidad prematura.

Algunas enfermedades reumáticas inflamatorias como el lupus eritematoso sistémico (LES), artritis reumatoidea (AR), Esclerosis sistémica (ES), la polimiositis, las vasculitis están asociadas a una mortalidad prematura comparable a las enfermedades cardiovasculares y neoplásicas.

Dentro de las causas de mortalidad, la enfermedad cardiovascular (EC) es reconocida hoy como una causa significativa en pacientes con LES y AR, y la inflamación es un importante factor en la patogénesis de la aterosclerosis. Estas observaciones han despertado un considerable interés en elucidar los mecanismos asociados con los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales y con los relacionados a la inflamación y a la severidad de la enfermedad, en la patogénesis de la aterosclerosis en estos pacientes.

La EC es la causa más frecuente de muerte en pacientes con AR, siendo ésta alrededor del 40 al 50% en la mayoría de los estudios (1,2). La prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, dislipemia, diabetes y tabaquismo, incrementada en algunas cohortes de AR. Sin embargo, estos factores contribuyen sólo en parte a la aterosclerosis acelerada vista en estos pacientes. Del Rincon et al. Encontraron que la mortalidad cardiovascular es mayor en pacientes con AR aún después de controlar los factores de riesgo

tradicionales. (3) Por otra parte, otros autores sugieren que los factores de riesgo tradicionales confieren un riesgo menor al desarrollo de EC comparado a los pacientes no AR. (4) Es importante destacar también que los pacientes con AR tienen una mayor prevalencia de síndrome metabólico y éste está asociado a un aumento de altos scores de calcificación coronaria independiente de edad y sexo. Estas observaciones indican que la AR requiere un tratamiento agresivo de los factores de riesgo tradicionales y en especial atención del síndrome metabólico pero esto explica sólo una parte del problema.

La inflamación contribuye también a la aterosclerosis acelerada y el control de la actividad de la enfermedad puede conducir a una disminución de la mortalidad cardiovascular. Krause et al han reportado menor mortalidad en pacientes que fueron respondedores al tratamiento con metotrexate (5) y en el estudio internacional QUEST_RA (incluyo 100 pacientes de 48 centros de 15 países al tiempo de la publicación) la exposición a las distintas drogas modificadoras de la enfermedad (DMARD) incluídas los esteroides y los biológicos fue asociada con reducción de la mortalidad cardiovascular después de ajustar los factores de riesgo tradicionales (6). El uso agresivo de los DMARD incluyendo las drogas biológicas puede ser beneficioso en prevenir la enfermedad cardiovascular y sus posibles efectos en la aterosclerosis en AR son consideraciones muy importantes.

La EC aterosclerótica ha sido reconocida en el LES por décadas. En los años 70, la arterioesclerosis subclínica fue descrita en estudios de autopsia en el LES y en 1976 Urowitz et al describen un patrón bimodal de mortalidad en el LES. La mayoría de las muertes en los primeros años del diagnóstico eran atribuídas a infecciones y actividad de la enfermedad,

mientras que las muertes en pacientes con enfermedad prolongada eran por EC.(7) La aterosclerosis prematura es un problema mayor en el LES y la patogénesis muy compleja.

La aterosclerosis esta asociada a factores de riesgo tradicionales como hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes mellitus, obesidad y mayor prevalencia de síndrome metabólico. Sin embargo, estas variables no pueden explicar la prevalencia de EC en LES. Otros factores no tradicionales como la actividad de la enfermedad (especialmente el compromiso renal), la duración del LES, el tratamiento con esteroides, la presencia de antifosfolípidos, los niveles de homocisteína, y los niveles de Proteína C reactiva contribuyen al desarrollo de la misma.

En anticuerpos conclusión, es importante destacar que la aterosclerosis temprana es un problema clínico mayor en el LES y AR y que esta asociado a un incremento en los factores de riesgo tradicionales así como a la inflamación y severidad de la enfermedad. El mejor control de la inflamación y de la actividad de la enfermedad puede mejorar la mortalidad y el desarrollo precoz de EC en estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1.Pincus T, Callahan LF: Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously-predictive markers, socioeconomic status and comorbidity. J Rheumatol 1986;13:841-5.

2.Naz SM, Symmons DP: Mortality in established rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2007;21:871-83.

3. Del Rincon I, Williams K, Stern MP et al. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors. Arthritis Rheum 2001; 44:2737-45.

4. Gonzalez A, Maradit KH, Crowson CS et al. Do cardiovascular risk factors confer the same risk for cardiovascular outcome in rheumatoid arthritis patients as in non rheumatoid arthritis patients? Ann Rheum Dis 2008; 67:64-9.

5. Krause D, Schleusser B, Herborn G et al. Response to methotrexate treatment is associated with reduced mortality in patients with severe rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2000;43:14-21.

6. Naranjo A, Sokka T, Descalzo MA et al. Cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis : results from the QUEST-RA study. Arthritis Res Ther 2008; 10:R30.

7. Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. Am J Med 1976; 60:221-5.