

10 puntos a recordar sobre Búsqueda de aterosclerosis subclínica en sujetos asintomáticos. ¿Es posible? ¿Es importante? ¿Debemos hacerlo?

Los siguientes son 10 puntos a recordar sobre este artículo de opinión (viewpoint).

1. Aproximadamente el 40 a 60 % de los eventos cardiovasculares oclusivos ateroscleróticos (por ejemplo, infarto de miocardio, muerte súbita) ocurren como primera manifestación (eventos no anunciados), sumando más de 700.000 casos anualmente en los Estados Unidos. La identificación de los sujetos en riesgo para tales eventos es obviamente importante, si la misma puede llevar a la implementación y el cumplimiento de medidas preventivas que disminuyen dicho riesgo.
2. Las guías sugieren el uso del Score de Riesgo de Framingham (SRF) como ayuda para decidir estrategias de prevención. Sin embargo el score está limitado por la subestimación del riesgo de largo plazo, la clasificación errónea de sujetos de alto riesgo como de riesgo bajo o intermedio y la clasificación errónea de sujetos de muy bajo riesgo en estratos de riesgo más altos. Un número significativo de personas en riesgo bajo o intermedio tienen aterosclerosis pre-clínica.
3. Marcadores actualmente disponibles, específicamente la proteína C reactiva ultrasensible y las lipoproteínas asociadas a la fosfolipasa A2, proveen significación estadística para incrementar el valor pronóstico. Sin embargo clínicamente el incremento es modesto y no es suficientemente preciso para mejorar marcadamente el valor discriminatorio del SRF.
4. Las técnicas de imágenes no invasivas pueden identificar aterosclerosis en varios lechos vasculares. Hasta ahora las más estudiadas son: 1.- el estudio de la calcificación coronaria, una medida validada de placa aterosclerótica, con tomografía computada (TC) sin contraste. 2.- el ultrasonido en modo B carotídeo para detectar la relación del grosor íntima-media y las placas carotídeas.
5. La ausencia de calcio coronario (score de calcio = 0), aunque no excluye la presencia de placas no calcificadas, virtualmente excluye aterosclerosis coronaria significativa. Más importante aún, en una población asintomática está asociado con un riesgo de eventos extremadamente bajo en los siguientes 5 a 10 años (entre un 0,0 y 0,6 %). En cambio, en los pacientes sintomáticos un score de calcio bajo no significa bajo riesgo.
6. Un incremento en el grosor íntima-media carotídeo (por encima del percentil 75 correspondiente a edad, sexo y raza) está asociado con un incremento de riesgo cardiovascular independiente de otros factores. La presencia de placa carotídea (50 % mayor que la pared adyacente o mayor de 1,5 mm) es más significativo que un simple incremento del grosor íntima-media. El score de calcio coronario por TC parece otorgar un incremento del valor pronóstico por encima del grosor íntima-media, con la excepción de que este último es más predictivo para stroke.
7. A pesar de que no existe evidencia de estudios randomizados, la totalidad de los estudios observacionales respalda el manejo guiado por imágenes debido a: 1) detectar enfermedad es mejor que simplemente identificar factores de riesgo que tienen una especificidad modesta y una relación muy variable con el desarrollo de enfermedad. 2) Las imágenes pueden reclasificar sujetos con SRF intermedio o bajo, en estratos de mayor riesgo para los que se recomienda un manejo médico más agresivo y objetivos de colesterol más bajos, modificando tangiblemente el beneficio. 3) La identificación de sujetos en riesgo basado en imágenes puede mejorar la compliance y la adherencia a las intervenciones para modificar el riesgo.
8. Las guías del grupo SHAPE (Screening for Heart Attack Prevention and Education) recomiendan imágenes no invasivas para aterosclerosis en todos los hombres asintomáticos (edades entre 45-75 años) y mujeres (edades entre 55-75 años), excepto los que tienen muy bajo riesgo, para mejorar los algoritmos convencionales de riesgo cardiovascular. Utilizando las guías SHAPE, entre el 35 y 48 % de las personas son reclasificadas en un estrato de riesgo más alto, haciéndolos elegibles para tratamiento de reducción de lípidos. El número necesario de sujetos estudiados para reclasificar a uno como elegible (o ya no elegible) para tratamiento de reducción de lípidos está entre 4,1 y 7,8, dependiendo del umbral de score de calcio utilizado.
9. Hay estudios que sugieren una buena relación costo-beneficio para la guía SHAPE, particularmente si el costo es menor de los 400 dólares utilizados para el análisis y si la compliance con el tratamiento se incrementa, como ha ocurrido en estudios observacionales. Puede ocurrir un pequeño incremento en el riesgo de cáncer a largo plazo debido a la exposición a una radiación media de 2,3 mSv.
10. Aunque no se dispone de datos randomizados, controlados y prospectivos acerca de la eficacia de la evaluación de riesgo guiada por imágenes en la mejoría del pronóstico clínico, una gran cantidad de datos observacionales de cohorte y datos prospectivos longitudinales respaldan el uso selectivo de evaluaciones de riesgo basadas en imágenes, especialmente en los grupos de riesgo intermedio identificados por SRF.

Perspectiva:

Nuestro grupo respalda fuertemente la evaluación de todos los pacientes, excepto los de muy bajo riesgo, con el

modelo de la guía SHAPE, y consideramos el screening de hombres y mujeres aún más jóvenes cuando tienen un Hdl colesterol bajo o una historia familiar de enfermedad coronaria prematura. Hemos convencido a nuestra institución para que provea el estudio de score de calcio coronario con TC a un costo de 260 dólares.

Autor: Shah PK

Referencia: [J Am Coll Cardiol 2010;56:98-105.](#)

Melvyn Rubenfire, M.D., F.A.C.C

Adaptado y traducido de [Cardiosource.com](#).