

Métodos: Ptes. DM, con SCASEST tratados con ICP y stent Xience V. Tras el ICP se mide el estado de antiagregación, de AAS: VerifyNow® assay Aspirin (VNA) y PFA-100® (PFA). Para el clopidogrel: VerifyNow® Assay P2Y12 (VNClo). Se analizaron dos grupos: Grupo A: VNA y VNClo (Grupo A1: sensible (S) a AAS o Clo. Grupo A2: HR AAS y Clo). Grupo B: PFA y VNClo (Grupo B1: S a AAS o Clo. Grupo B2: HR a AAS y Clo). Se definió DMM: troponina T ($\geq 3 \times$ LSN) y CK-MB < 3 LSN.

Resultados: Fueron analizados 124 ptes. Se asoció a un incremento de DMM en el análisis univariado: el VNClo (2,5% PRU < 235 vs 15,5% PRU > 235 ; $p = 0,03$) y el Grupo B (6,7% B1 vs 22,9% B2; $p = 0,01$), siendo el predictor independiente de DMM, el grupo B2 (OR: 4,0; IC95% 1,3-12,8; $p = 0,01$).

Conclusiones: La HR dual a AAS y Clo medida mediante PFA y VN Clo se asocia a un incremento del DMM en ptes DM con SCASEST sometidos a PCI e implante de Stent Xience V, seleccionando a un subgrupo de riesgo potencial elevado.

HTA 61,5%, DM 23%, Insuficiencia cardiaca 2,6%, edad > 75 años 12,8% y edad 65-75 años 51,3%. Ninguno presentaba enfermedad vascular ni embolia previa. En el 43,6% se trataba de un FA paroxística. Según el antiguo score, el 66,6% de estos pacientes no hubiese precisado tratamiento anticoagulante. La distribución del riesgo de sangrado según score HASBLED en este subgrupo fue: riesgo bajo (0-1) 56,4%, riesgo moderado (2) 33,3% y riesgo alto (≥ 3) 10,3%.

	Global	Mujer	Hombre
CHADS ₂	No ACO 40,3 ACO 59,7	No ACO 34,2 ACO 65,8	No ACO 46,5 ACO 53,5
CHADS ₂ Vasc	No ACO 18 ACO 82	No ACO 6,3 ACO 93,7	No ACO 29,5 ACO 70,5
HASBLED	Riesgo bajo 36,8 Riesgo medio 43,9 Riesgo alto 19,3	Riesgo bajo 26,1 Riesgo medio 57,7 Riesgo alto 16,2	Riesgo bajo 47,3 Riesgo medio 30,3 Riesgo alto 22,4

Conclusiones: El cambio en el score de riesgo trombótico implica un aumento de la indicación de ACO del 27,9% en la mujer y 17% en el hombre. Existe mayor porcentaje de mujeres en el grupo de riesgo medio de sangrado (57,7% vs 0,3 en hombres), pero mayor de hombres en el grupo de riesgo alto (22,4% vs 16,2 en mujeres). En el subgrupo de CHADS₂Vasc 2, la mayoría no hubiese precisado tratamiento con ACO según guías previas. En general, se trata de pacientes con riesgos trombótico y hemorrágico no elevados, solo en el 10,3% se debería reconsiderar la anticoagulación por desfavorable cociente riesgo-beneficio.

COMUNICACIONES ORALES III: CARDIOLOGÍA PREVENTIVA Y REHABILITACIÓN. INVESTIGACIÓN

C037. IMPLICACIONES EN EL COCIENTE RIESGO-BENEFICIO DE LA MODIFICACIÓN DE LAS INDICACIONES DE ANTICOAGULACIÓN AL APLICAR LAS NUEVAS GUÍAS DE FIBRILACIÓN AURICULAR

J. Caballero Güeto¹, M. Ulecia Martínez² y M. Candel Delgado²

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos: La publicación de las nuevas guías de Fibrilación Auricular (FA) de la Sociedad Europea de Cardiología y su cambio de score de riesgo trombótico implican un aumento el el número de pacientes con indicación de anticoagulación (ACO). Desconocemos si este aumento traerá consigo un significativo aumento de los pacientes anticoagulados, y consiguientemente un aumento de las complicaciones hemorrágicas, y si en determinados casos el beneficio neto puede ser desfavorable.

Métodos: 223 pacientes consecutivos con diagnóstico documentado de FA, reclutados en las consultas de cardiología de 2 hospitales andaluces. Pretendemos establecer la cuantía del aumento en la indicación tratamiento anticoagulante en el grupo total, establecer si existen diferencias en subgrupos como mujeres y hombres y finalmente, tratar de establecer si en el subgrupo más polémico por su cociente riesgo-beneficio como es el de los pacientes con score CHADS₂Vasc 2, el tratamiento con ACO debería de reconsiderarse dependiendo del riesgo hemorrágico.

Resultados: En el grupo global y por sexos los resultados se muestran en la tabla. 39 pacientes (17,5%) presentaban un score CHADS₂Vasc 2, edad media de 69,6 años, 41% mujeres y 59% hombres. La distribución de factores de riesgo trombóticos fue:

C090. RESULTADOS INMEDIATOS Y A MEDIO PLAZO TRAS LA REPARACIÓN CON STENT TRAS LA INTERRUPTIÓN DEL ARCO AÓRTICO (IAO)

M. León del Pino, J. Suárez de Lezo Cruz Conde, M. Romero Moreno, M. Pan Álvarez Ossorio, J. Segura Saint-Gerons, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, S. Ojeda Pineda, D. Pavlovic, F. Mazuelos Bellido y D. García Fuertes

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La recanalización percutánea con stent de la IAO es una alternativa a la cirugía. Sin embargo solo se han publicado casos aislados, existiendo poca información de seguimiento. El objetivo fue mostrar los resultados inmediatos y de seguimiento de una serie de pacientes con tratamiento percutáneo de IAO.

Métodos: Se incluyeron 9 pacientes en los que se intentó tratamiento con stent de la IAO. 2 fueron niños (2 y 7 años) y 7 adultos (45 \pm 19 años).

Resultados: 8 pacientes presentaban interrupción tipo A y uno tipo B, según Celloria y Patton. El gradiente pico transcoartación fue 48 \pm 7 mmHg. La longitud media del segmento ocluido fue de 11 \pm 11 mm. En 4 pacientes existía buen alineamiento entre segmentos. Se canalizó con guía convencional dura en 4 pacientes y guía de radiofrecuencia en 5; 4 de forma anterógrada y 5 retrógrada. Un niño se derivó a cirugía electiva por no conseguir el paso intraluminal de la guía; en los restantes se implantó un stent, convencional en 5 y cubierto en 3, con diámetro de expansión final de 17 \pm 4 mm. El gradiente residual fue de 3 \pm 3 mmHg. No hubo complicaciones intrahospitalarias. Un adulto sufrió muerte no cardiaca a los 2 años de seguimiento. Tras un seguimiento de 4 \pm 2 años los 7 pacientes restantes estaban vivos y asintomáticos; uno re-

quirió tratamiento antihipertensivo. El gradiente residual en la evolución fue de 12 ± 11 mmHg.

Conclusiones: La recanalización con stent es un tratamiento posible y efectivo en pacientes con IAO, manteniéndose el buen resultado inicial a largo plazo.

C096. IMPACTO DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y SCORE CHADS2 0-1 SEGÚN EL SCORE CHA2DS2-VASc

M. Ruiz Ortiz, E. Romo Peñas, D. Mesa Rubio, M. Delgado Ortega, C. López Ibáñez, J. Castillo Domínguez, M. Anguita Sánchez, A. López Granados, J. Arizón del Prado y J. Suárez de Lezo Cruz-Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Evaluar la efectividad de la anticoagulación oral (ACO) de acuerdo con el score CHA2DS2-VASc en una cohorte de pacientes de la práctica clínica diaria con fibrilación auricular no valvular (FANV) y score CHADS2 de 0-1.

Métodos: Todos los pacientes consecutivos con FANV permanente atendidos en dos consultas de cardiología fueron seguidos prospectivamente, registrándose la aparición de ictus isquémico, sangrado severo y mortalidad. La ACO fue prescrita según las recomendaciones de las sociedades científicas. Los scores CHADS2 y CHA2DS2-VASc fueron calculados con los datos de la visita inicial. Se incluyeron los pacientes con score CHADS2 de 0-1.

Resultados: Del 1.Febrero.2000 al 31.Julio.2003, 352 pacientes (edad media 70 ± 8 años, 51% varones) cumplieron los criterios de inclusión. La ACO fue prescrita a 234 pacientes (66%), y del resto, 106 recibieron antiplaquetarios (90%). El score CHA2DS2-VASc fue 0 en 14 pacientes (4%), 1 en 73 (21%) y ≥ 2 en 265 (75%). Tras $2,4 \pm 1,9$ años de seguimiento, ocurrieron 8 ictus, 9 hemorragias severas y 20 muertes. La tasa de ictus (por 100 pacientes-año) en cada estrato del score CHA2DS2-VASc para pacientes con/sin ACO fue: 0/0, $p = ns$ (CHA2DS2-VASc = 0); 0/0, $p = ns$ (CHA2DS2-VASc = 1) y 0,61/2,99, $p = 0,03$ (CHA2DS2-VASc ≥ 2). Las tasas de hemorragias severas fueron 0/0, 0/1,32 y 1,43/0,60 en pacientes con/sin ACO ($p = ns$) y las tasas de mortalidad fueron 0/0 ($p = 0,99$), 0/2,38 ($p = 0,50$) y 1,36/6,29 ($p = 0,001$), respectivamente.

Conclusiones: Nuestros resultados apoyan el beneficio de la ACO en pacientes de la práctica clínica diaria con FANV y score CHA2DS2-VASc ≥ 2 , pero no en aquellos con score CHA2DS2-VASc de 1.

C138. DEFINICIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO QUE SUPONE MAYOR RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA COMPLEJA

A. Martínez Pérez, R. López Aguilar, J. Roa Garrido y A. Tobaruela González

Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos: Nos propusimos analizar cuál de las dos definiciones más utilizadas de síndrome metabólico (SM), la de la IDF y la de la ATP-III; se relaciona mejor con la posibilidad de presentar enfermedad coronaria compleja (multivaso y/o TCI).

Métodos: Partiendo de un estudio observacional de 239 pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo de alto riesgo a los que se le realiza coronariografía, valoramos la existencia de

enfermedad coronaria compleja en pacientes con SM según los criterios de la IDF y/o los de la ATP-III. Analizamos de forma independiente el subgrupo de pacientes con enfermedad coronaria compleja. Para el contraste de hipótesis se utilizó una χ^2 . Posteriormente realizamos un análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: De un total de 315 pacientes, tenían enfermedad coronaria compleja 79 pacientes (25,1%). Presentaban SM según los criterios de la ATP III, 153 pacientes (48,6%); mientras que según los criterios de la IDF lo presentaban 190 (60,3%). Encontramos diferencia significativa en la relación tanto en la definición de la ATP III ($p > 0,0005$) OR: 2,99 (1,74-5,13) como en la de la IDF ($p < 0,0005$) OR: 4,58 (2,40-8,76) con la existencia de enfermedad coronaria compleja. En el estudio multivariante mediante regresión logística, la existencia de SM-IDF fue predictor de enfermedad coronaria compleja (OR 4,14: 1,69-10,14; $p < 0,001$), no así la existencia de SM-ATP III.

Conclusiones: La definición de SM según los criterios de la IDF debería ser de elección a la hora del diagnóstico del mismo por ser mejor predictor de enfermedad coronaria compleja.

C166. PATOLOGÍA DE AORTA ASCENDENTE EN EL ADULTO CON TETRALOGÍA DE FALLOT

M. Iglesias, V. Pedrosa, B. Muñoz Calero, L. González Torres, R. Rodríguez, I. Méndez Santos, A. Castro Fernández, A. Felices Nieto y P. Gallego García de Vinuesa

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: La dilatación de aorta es una anomalía descrita en la Tetralogía de Fallot (TF). Así, la IAO secundaria es la segunda causa de re-intervención descrita en la historia postquirúrgica del paciente con TF en la vida adulta.

Métodos: En 38 adultos con TF (21 varones; edad $37,5 \pm 12$ años; 87% reparados) analizamos, mediante ecocardiografía, las dimensiones de aorta ascendente (AA), la geometría de la raíz aórtica (RAo) y la competencia de la válvula aórtica (VA).

Resultados: La dilatación de aorta ascendente ocurría en 22 (58%) y se localiza al nivel de los senos de Valsalva en 19 (48%). Solo en 3 casos (8%) ocurría en AA supratubular. Las dimensiones medias en el grupo con aorta dilatada fueron anillo $26,9 \pm 6$ mm; RAo $41,3 \pm 4,5$ mm; unión sinotubular (UST) $38,2 \pm 8$ mm y AA supratubular $36,6 \pm 5$ mm. Solo 1 paciente presentó dimensiones > 55 mm. Aunque el 55,5% de los casos se presentó con IAO, esta fue significativa (≥ 2) solo en 10,5% de los casos (4 pacientes) y en ninguno de ellos fue indicación de re-intervención. Los casos con IAO ≥ 2 se asociaron con mayores dilataciones de anillo ($31,7$ vs $24,2$ mm; $p = 0,013$), RAo ($46,0$ vs $36,2$ mm; $p = 0,03$) y UST ($44,0$ vs $33,9$; $p = 0,02$) y en ningún caso existía lesión estructural de los velos valvulares. La altura de coaptación de los velos fue significativamente mayor en los pacientes con aorta ascendente dilatada ($8,2$ vs $5,6$ mm; $p < 0,0001$), pero la superficie de coaptación de los velos solo estaba reducida (3 mm) en los pacientes con IAO significativa. Ni forma anatómica, arco aórtico derecho, CIV residual, fístula previa o edad de la reparación completa se relacionaron con la dilatación de aorta y solo la edad del paciente ($40,8$ vs $33,1$; $p = 0,06$) mostró tendencia significativa.

Conclusiones: Aunque la dilatación de aorta es muy prevalente en los adultos con TF, las dilataciones graves son poco frecuentes y se relacionan con insuficiencia aórtica significativa. Dilataciones más importantes ocurren en pacientes de edades más avanzadas.

C193. PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS NO CONOCIDA EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A. García Bellón¹, A. González González¹, B. Luque Aguirre¹, J. Delgado Prieto¹, J. Pérez Ruiz¹, N. Colomo², G. Olveira², F. Sorriquer² y M. de Mora Martín¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Endocrinología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) constituye actualmente la causa más frecuente de ingreso hospitalario en los servicios de Cardiología, estando ligado frecuentemente a la alteración del perfil glucémico. Existe un número no despreciable de pacientes con SCA y Diabetes Mellitus (DM) no conocida al ingreso. Nuestro objetivo fue detectar la prevalencia de alteración del perfil hidrocarbonado en los pacientes no DM ingresados por SCA.

Métodos: Estudio observacional, analítico, prospectivo de pacientes ingresados en planta de Cardiología con diagnóstico de SCA de mayo de 2009 a septiembre de 2010. Se incluyeron un total de 578 pacientes (p). De los cuales 161p (26,6%) eran DM conocidos y 417p (73,4%) no tenían alteración hidrocarbonada conocida al ingreso. A los dos meses del alta hospitalaria todos los sujetos fueron reevaluados desde un punto de vista clínico y analítico (HBA1c), además se les realizó una sobrecarga oral de glucosa (SOG).

Resultados: Analizando los 417 p sin DM conocida: edad media 64 ± 13 años. Peso medio 78,3 ± 14,3 Kg. Talla 1,66 ± 0,1 metros. Índice de masa corporal 28,4 ± 4,7 Kg/m². Hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) al ingreso 6,0%. Media de glucemia en ayunas: 104 ± 24 mg/dl. 187p (44,8%) no tenían cardiopatía previa. 79p (18,9%) antecedentes de angina. 98p (23,5%) infarto previo de miocardio. 53p (12,7%) otros tipos de cardiopatía. Accidente cerebrovascular previo: 42p (10,1%). Claudicación intermitente previa: 63p (15,1%). Comparando la estancia media de pacientes DM y no DM conocida, observamos aumento significativo (p < 0,05) de la estancia media en DM (8 ± 3 días vs 4 ± 2 días). Pacientes a los que se realiza SOG durante el seguimiento: 320p (76,7%), de los cuales 88p (27,6%) desarrollaron DM. 155p (48,3%) intolerancia oral a la glucosa. 77p (24,1%) resultado normal. En cuanto a la HB1Ac durante el seguimiento: en DM no conocidos 6,6% ± 0,5%. En intolerancia a la glucosa 5,7 ± 0,4% y en pacientes sin alteración glucémica 5,4 ± 0,3%. 81p (25,3%) Presentaron SCA durante el seguimiento: 40p (49,9%) DM de reciente diagnóstico. 11p (13,6%) intolerantes a la glucosa oral y 30p (37%) sin alteración glucémica.

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de pacientes con alteración hidrocarbonada no diagnosticada en nuestro medio, siendo frecuente el debut de la misma con complicaciones cardiovasculares. Cabe destacar la importancia de una detección precoz para iniciar medidas de prevención dietéticas y/o farmacológicas que impidan la progresión de la enfermedad.

C210. EL USO DE BIOPRÓTESIS AÓRTICAS NO SOPORTADAS SE ASOCIA CON MENOR MISMATCH PRÓTESIS-PACIENTE PERO NO CON MENOR MORTALIDAD PERIOPERATORIA

A. Flores Marín¹, J. Gómez Doblas¹, F. Valencia Serrano¹, J. Caballero Borrego¹, F. Cabrera Bueno¹, I. Rodríguez Bailón¹, G. Sánchez Espín², J. Melero³, M. Such² y E. de Teresa Galván¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Cirugía Cardiaca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El impacto del mismatch prótesis-paciente (MPP) en resultados perioperatorios y las estrategias

para prevenirlo son controvertidos. Nuestro objetivo es determinar si el implante de bioprótesis aórticas no soportadas (BPANS) se asocia con menor MPP y con mejores resultados perioperatorios tras sustitución valvular aórtica por estenosis aórtica severa sintomática.

Métodos: Analizamos 356 pacientes con estenosis aórtica severa sometidos a sustitución valvular quirúrgica con implante de bioprótesis en nuestro centro (1997-2008). El 23% de pacientes recibió BPANS. Definimos mortalidad perioperatoria como fallecimiento en 30 días tras cirugía o durante ingreso hospitalario quirúrgico. Definimos MPP como área indexada del orificio efectivo $\leq 0,85 \text{ cm}^2/\text{m}^2$. Comparamos pacientes con bioprótesis soportadas y BPANS. Análisis multivariable de regresión logística para identificar predictores independientes de mortalidad perioperatoria.

Resultados: El implante de BPANS se asoció con el sexo femenino, mayor índice de masa corporal, menos enfermedad coronaria y menos cirugía de revascularización asociada (todas p < 0,05). Las BPANS se asociaron con mayor área indexada del orificio protésico efectivo (p < 0,01), menor incidencia de MPP (p < 0,01) y menor gradiente transprotésico tras cirugía y en seguimiento (p < 0,05). El implante de BPANS no redujo significativamente la mortalidad perioperatoria (10% vs 12%, p = 0,63) a pesar de que la presencia de MPP aumentó el riesgo de mortalidad perioperatoria (OR = 3,06, IC95% 1,17-8,05, p = 0,01). Identificamos como predictores independientes de mortalidad perioperatoria la menor fracción de eyección (OR 0,98, IC95% 0,97-0,99, p = 0,02), el mayor tiempo de bomba (OR 1,76, IC95% 1,11-2,78, p = 0,015) y la presencia de MPP (OR 1,56, IC95% 1,01-2,42; p = 0,05).

Conclusiones: El implante de BPANS es una estrategia efectiva para reducir la incidencia de MPP que no conlleva una reducción significativa de la mortalidad perioperatoria.

C217. INFLAMACIÓN, RESISTENCIA INSULÍNICA Y ENFERMEDAD VASCULAR EN PACIENTES NO DIABÉTICOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

M. Iglesias Blanco¹, A. Recio Mayoral¹, M. Chaparro Muñoz¹, L. González Torres¹, B. Muñoz Calero¹, M. Calvo Taracido¹, M. Valle Caballero¹, V. Pedrosa del Moral¹, J. Cruz Fernández¹ y D. Banerjee²

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Renal & Transplantation Unit. St Georges Hospital and St Georges University of London. Reino Unido.

Introducción y objetivos: La insuficiencia renal crónica (IRC) asocia una elevada morbi-mortalidad cardiovascular. Nuevos factores de riesgo como la inflamación sistémica y la resistencia insulínica (RI) son comunes en pacientes renales no diabéticos aunque su efecto vascular combinado es desconocido. Pretendemos investigar la relación entre inflamación, RI y aterosclerosis precoz en estos pacientes.

Métodos: Estudiamos la función endotelial sistémica mediante dilatación mediada por flujo (DMF, %) en arteria braquial y el grosor medio-intimal carotídeo (MIC, mm) como subrogado de aterosclerosis precoz en 48 pacientes consecutivos no diabéticos con IRC (57 ± 12 años, 23 mujeres, estadios 3-5) y en 35 controles emparejados por edad y sexo. El índice de RI fue evaluado mediante el homeostatic model assessment-insulin resistance score (HOMA-IR, insulínemia × glucemia en ayunas/22,5), y el grado de inflamación con la proteína C reactiva (PCR) ultrasensible.

Resultados: Los pacientes con IRC tuvieron niveles más elevados de HOMA-IR (2,20 ± 1,08 vs 1,13 ± 0,64; p < 0,001) y de PCR

(3,25 [1,3-6,5] vs 1,0 [0,5-2,0] mg/L; $p = 0,02$), así como mayor disfunción endotelial ($3,34 \pm 2,14$ vs $5,27 \pm 1,78\%$; $p < 0,001$) y mayor grosor MIC ($0,78 \pm 0,22$ vs $0,64 \pm 0,16$ mm; $p = 0,003$) comparado con los controles. En los pacientes, HOMA-IR se correlacionó directamente con la PCR ($r = 0,46$; $p = 0,005$). Tras ajustar por FRCV tradicionales, los valores de PCR y HOMA-IR estuvieron relacionados significativamente con el grado de disfunción endotelial ($\beta = -0,44$, $p = 0,003$ y $\beta = -0,51$, $p = 0,001$, respectivamente) y el grosor MIC ($\beta = 0,62$, $p = 0,001$ y $\beta = 0,43$, $p = 0,01$, respectivamente).

Conclusiones: En pacientes no diabéticos con IRC, un mayor estatus inflamatorio se correlaciona con mayor resistencia insulínica. En estos pacientes, la RI e inflamación sistémica se asocia con cambios ateroscleróticos precoces.

C289. EL AUMENTO DE LINFOCITOS CD4+ CD28- PODRÍA ASOCIARSE CON DISFUNCIÓN ENDOTELIAL Y ATEROSCLEROSIS PRECOZ EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Valle Caballero, A. Recio Mayoral, M. Chaparro Muñoz, R. Rodríguez Olivares, I. Pérez López, M. Pedrosa del Moral, R. Hidalgo Urbano y J. Cruz Fernández

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) tienen una mayor morbi-mortalidad cardiovascular (CV) secundaria a aterosclerosis acelerada. Evaluamos si una inusual familia de linfocitos T, CD4+CD28null, presentes en pacientes con síndrome coronario agudo, se asocia con cambios ateroscleróticos precoces en pacientes con LES.

Métodos: Medimos el número de CD4+CD28null en sangre periférica de 17 pacientes con LES (41 ± 11 años; tiempo enfermedad 11 ± 6 años) sin factores de riesgo CV y de 15 controles sanos emparejados por edad y sexo. En ambos, se evaluó el grosor medio-intimal (GIM) carotídeo y la función endotelial mediante dilatación mediada por flujo (DMF) en arteria braquial, excluyéndose enfermedad coronaria epicárdica mediante angiografía no invasiva (cardio-tomografía).

Resultados: Los niveles de colesterol y el GIM fueron similares en pacientes y controles (190 ± 52 vs 178 ± 43 mg/dL, $p = 0,74$; $0,57 \pm 0,10$ vs $0,54 \pm 0,11$ mm, $p = 0,34$; respectivamente). La DMF fue significativamente menor en los pacientes comparado con los controles ($2,55 \pm 1,93$ vs $6,31 \pm 1,98$, $p < 0,0001$). Los CD4+CD28null estuvieron presentes en 12 pacientes pero no en los controles. Los 8 pacientes con expansión persistente de linfocitos atípicos ($> 15\%$ del total de células CD4+), presentaron mayor disfunción endotelial y GIM comparado con los pacientes con CD4+CD28null $< 15\%$ del total ($1,38 \pm 1,89$ vs $3,88 \pm 1,95$, $p = 0,02$ y $0,65 \pm 0,05$ vs $0,52 \pm 0,09$, $p < 0,002$, respectivamente). El número de CD4+CD28null se correlacionó positivamente con valores de GIM ($r = 0,71$, $p < 0,0001$) y negativamente con DMF ($r = -0,54$, $p = 0,01$).

Conclusiones: En pacientes con LES encontramos linfocitos circulantes atípicos CD4+CD28null incrementados, correlacionándose con cambios ateroscleróticos precoces. Estas células podrían contribuir a la enfermedad CV en estos pacientes.