



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTA AL DIRECTOR

Réplica a «Factores de riesgo cardiovascular y grosor de la íntima media carotídea en una población colombiana con psoriasis»



Comment on «Cardiovascular Risk Factors and Carotid Intima-Media Thickness in a Colombian Population With Psoriasis»

Sra. Directora:

Hemos leído con gran interés el artículo «Factores de riesgo cardiovascular y grosor de la íntima media carotídea en una población colombiana con psoriasis» de A. Argote et al.¹. En este artículo los autores describen la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares, síndrome metabólico y el engrosamiento de la íntima media carotídea en un grupo de 40 pacientes con psoriasis, sin grupo control. En la discusión los autores comentan que el incremento del grosor de la íntima media carotídea (GIM) contribuye a los procesos ateroscleróticos y al desarrollo de eventos cardiovasculares, destacando la importancia de esta medida como predictor subclínico del riesgo cardiovascular y que pudiera orientar a la toma de decisiones sobre intervenciones terapéuticas. Con respecto a lo anterior nos gustaría hacer unas consideraciones:

El GIM carotídeo se utilizó inicialmente como un biomarcador de aterosclerosis subclínica², pero en la actualidad se acepta que el GIM es un predictor débil de riesgo cardiovascular y que en la mayoría de los casos no guarda relación con la aterosclerosis ni incrementa de forma significativa la capacidad predictiva que proporciona el simple análisis de los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales³, por lo que ha sido retirado de las recomendaciones de las guías del American College of Cardiology/American Heart Association^{3,4}.

También quisiéramos resaltar que en la valoración del riesgo cardiovascular mediante ecografía carotídea es imprescindible tener en cuenta las siguientes consideraciones: la medición del GIM en una localización de la arteria carótida donde no hay placa de ateroma y no representa el grado de aterosclerosis; sin embargo, cuando en la medición del GIM se incluye el engrosamiento de una placa

de ateroma, este valor sí se relaciona con el grado de aterosclerosis porque la presencia de placa de ateroma sí predice el riesgo cardiovascular³. Por este motivo se acepta que el estudio del riesgo cardiovascular mediante ecografía carotídea y/o femoral debe ir siempre dirigido al estudio de la placa de ateroma, valorando una de las siguientes posibilidades: la simple presencia de placa de ateroma mediante ecografía bidimensional (2D); el área total de placa mediante ecografía 2D; o el volumen total de placa mediante ecografía 3D³. De forma que para valorar el riesgo cardiovascular bastaría estudiar la simple presencia de placa de ateroma con ecografía⁵, pero para seguir la progresión o regresión del tamaño de la placa de ateroma a lo largo del tiempo o como consecuencia de tratamientos es necesario estudiar cambios en el área o volumen de placa total³, si bien estos 2 últimos procedimientos tienen el inconveniente de que incrementan la complejidad y el tiempo empleado en el estudio.

Hay que asumir que en la actualidad el estudio con ecografía del GIM carotídeo no aporta datos fiables como predictor subclínico de riesgo cardiovascular y que ha sido desplazado por el estudio ecográfico de la placa de ateroma, valorando su presencia, su área total o volumen total dependiendo del objetivo clínico a conseguir y disponibilidad de medios.

Bibliografía

- Argote A, Mora-Hernández O, Milena Aponte L, Barrera-Chaparro DI, Muñoz-Ruiz LM, Giraldo-Mordecay L, et al. Factores de riesgo cardiovascular y grosor de la íntima media carotídea en una población colombiana con psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:738–45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.04.015>
- Lorenz MW, Markus HS, Bots ML, Rosvall M, Sitzer M. Prediction of clinical cardiovascular events with carotid intima-media thickness: A systematic review and meta-analysis. *Circulation.* 2007;115:459–67, <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.628875>
- Spence JD. Carotid ultrasound phenotypes are biologically distinct. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2015;35:1910–3, <http://dx.doi.org/10.1161/ATVBAHA.115.306209>
- Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady SF, D'Agostino RB Sr, Gibbons R, et al., American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on

- practice guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63:2935–59, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2013.11.005>
5. Laclaustra M, Casanovas JA, Fernández-Ortiz A, Fuster V, León-Latre M, Jiménez-Borreguero L, et al. Femoral and carotid sub-clinical atherosclerosis association with risk factors and coronary calcium: The AWHS study. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67:1263–74, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.12.056>

Á. González-Cantero^{a,*}, J. González-Cantero^b,
A.I. Sánchez-Moya^a, C. Pérez-Hortet^a
y C. Schoendorff-Ortega^a

^a *Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España*

^b *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvarogc261893@hotmail.com

(Á. González-Cantero).