



■ Arteriosclerosis precoz en un paciente con escasos factores de riesgo cardiovascular

Sr. Director:

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en los países industrializados. En España suponen el 41,5% del total de fallecimientos anuales¹. La base anatomopatológica de estas enfermedades es la aterotrombosis, un trastorno generalizado del árbol arterial. Las conclusiones del estudio de Framingham nos han permitido conocer los factores de riesgo que se asocian con la enfermedad arteriosclerótica: HTA, HVI, tabaco, niveles séricos de colesterol e intolerancia a la glucosa². La extensión de las placas de ateroma, y por tanto la probabilidad de padecer eventos cardiovasculares, se incrementa con la edad y con la sumación de factores de riesgo³. Por este motivo, nos parece interesante presentar el caso de un paciente joven con arteriosclerosis generalizada y escasos factores de riesgo cardiovascular. Se trata de un varón de 35 años que

consulta por dolor precordial. Entre sus antecedentes familiares destaca padre fallecido por IAM a los 58 años. No presentaba antecedentes personales de HTA, dislipemia ni DM y como factor de riesgo cardiovascular, sólo refería ser fumador de 20-40 cigarrillos/día. Comenzó con episodios recortados de dolor precordial con cortejo vegetativo en relación con el esfuerzo. Se inició estudio de posible cardiopatía isquémica pero ante un episodio prolongado ingresa en la unidad coronaria y es diagnosticado de angina de esfuerzo. Un año después se produce un nuevo ingreso por IAM inferior y de ventrículo derecho. Seguía fumando 10 cigarrillos/día. En la coronariografía se observó lesión crítica de la arteria coronaria derecha. Después de un año asintomático presenta un cuadro de dolor en el tercer dedo del pie izquierdo que aumenta gradualmente y se acompaña de cambio de coloración, de pálida a violácea. Es diagnosticado, tras ingreso en el servicio de cirugía vascular, de isquemia arterial crónica reagudizada por oclusión de troncos distales, observándose en la arteriografía de miembros inferiores múltiples placas de ateroma a distintos niveles del árbol arterial.

Discusión: los resultados obtenidos en el estudio PBDAY (*The pathobiological determinants of atherosclerosis in youth*) nos indican que la arteriosclerosis en forma de estrías lipídicas en edades tempranas, es una enfermedad universal; sin embargo las placas graves (complicadas y calcificadas) son muy raras antes de los 30 años y a partir de esa edad progresan lentamente⁴. La presencia de múltiples factores de riesgo incidiría en la aceleración de la arteriosclerosis en gente joven, aunque no es este el caso de nuestro paciente. El tabaquismo es un factor de riesgo independiente de primer orden para la CI, de modo que los fu-

madores tienen un riesgo entre dos y cuatro veces superior al de los no fumadores para padecer enfermedad coronaria o muerte súbita¹. El tabaco es el principal factor de riesgo relacionado con la incidencia y prevalencia de arteriopatía periférica, estando presente en el 90% de los casos. El abandono del tabaco disminuye al año un 50% el riesgo de episodios agudos y a los tres años se aproxima al de los no fumadores². El tabaquismo se acompaña de depósitos de LDL oxidadas en las lesiones ateroscleróticas en desarrollo³. Se ha demostrado que una historia familiar de enfermedad coronaria prematura es un factor de riesgo mayor para la enfermedad cardiovascular y parece que va unido a concentraciones más altas de LP (a) y apolipoproteína B. Más interesantes son las observaciones que unen diferentes mutaciones de los genes que codifican la síntesis endotelial de óxido nítrico con el riesgo de enfermedad arterial coronaria relacionada con el tabaquismo o con el vasoespasmo coronario⁴. Como línea investigadora y con transcendencia también práctica, hay autores partidarios de estudiar la presencia de anticuerpos antifosfolípidos en IAM e infarto cerebral en pacientes menores de 45-65 años. Las interrelaciones entre arteriosclerosis y autoinmunidad pasan muy probablemente por la mediación de tales anticuerpos⁵. También parece interesante la determinación de los niveles plasmáticos de homocisteína, cuya concentración elevada se asocia con un incremento del riesgo de enfermedad aterotrombótica⁶. En conclusión presentamos el caso de un paciente joven con arteriosclerosis generalizada con el tabaco como único, aunque muy importante, factor de riesgo modificable, y que unido al dato de la historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura nos debe hacer reflexionar sobre la importancia de la intervención

sobre todos y cada uno de los factores de riesgo. Así mismo parece un ejemplo interesante para la consideración del estudio de otros factores implicados en la génesis de la arteriosclerosis precoz.

T. Saínza Rúa, P. Hernanz Hernanz, N. Ortega Inclán, M^a D. Mugarza Hernández

Médicos de Familia. Centro de Salud Chopera I. Área 5. INSALUD. Alcobendas. Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de expertos para el documento de consenso sobre la aterotrombosis. *Clin Invest Arterioscler* 1998; 10 (Suppl 2): 3S-37S.
2. Gordon T, Kannel WB. Predisposition to atherosclerosis in the head, heart, and legs. *JAMA* 1972; 221: 661-6.
3. Berenson GS, Srinivasan SR, Bao W, Newman III WP, Tracy RE, Wattigney WA. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *N Engl J Med* 1998; 338: 1650-6.
4. Fernández-Britto JE, Wong R, Contreras D, Nordet P, Sternby NH. Atherosclerosis en la juventud (I): Patomorfología y morfometría según edad y sexo utilizando el sistema aterométrico. Estudio PBDAY (Pathobiological determinants of atherosclerosis in youth). Investigación multinacional de la OMS/FISC (1986-1996). *Clin Invest Arterioscler* 1998; 10: 229-38.
5. Wissler RW, Strong JP and the PDAY research group. Risk factors and progression of atherosclerosis in youth (special article). *Am J Pathol* 1998; 153: 1023-33.
6. Gaeta G, de Michele M, Cuomo S, Guarini P, Foglia MC, Bond MG, et al. Arterial abnormalities in the offspring of patients with premature myocardial infarction. *N Engl J Med* 2000; 343: 840-6.
7. Moga I. Enfermedad isquémica en el paciente joven. ¿Arteriosclerosis o autoinmunidad? (editorial). *Clin Invest Arterioscler* 1998; 10: 74-7.
8. Vermeulen EGJ, Stehouwer CDA, Twisk JWR, Van den Berg M, de Jong SC, Mackaay AJC, et al. Effect of homocysteine-lowering treatment with folic acid plus vitamin B6 on progression of subclinical atherosclerosis: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 517-22.