

ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER

Dra Lucia R. Kazelian

Miembro fundadora del Área Corazón y Mujer de la Sociedad Argentina de Cardiología.

Jefa Unidad de Internación Cardiología Hospital Argerich, Buenos Aires.



Las enfermedades autoinmunes son trastornos inflamatorios sistémicos que afectan múltiples órganos entre ellos el sistema cardiovascular. Son mucho más frecuentes en mujeres. Los estudios epidemiológicos han evidenciado que los pacientes con enfermedades autoinmunes (artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, vasculitis, síndrome antifosfolípídico, y psoriasis) presentan más riesgo cardiovascular que la población general.¹

La prevalencia de la cardiopatía isquémica en este contexto, se ha incrementado por el aumento en la expectativa de vida de estas pacientes en virtud de los avances terapéuticos.² Estas enfermedades se asocian a aterosclerosis prematura con el desarrollo de cardiopatía isquémica a temprana edad. La coronariopatía en estos casos, puede ser la forma de presentación o aparecer en la evolución de la enfermedad autoinmune ya establecida. La enfermedad coronaria es la primera causa de morbimortalidad en los pacientes con enfermedades del tejido conectivo.^{3,4}

La causa de este proceso de aterosclerosis acelerado en pacientes con enfermedades autoinmunes es multifactorial e involucra:

- 1) Factores de riesgo coronario tradicionales
- 2) Estado de inflamación sistémica crónica
- 3) Efectos del tratamiento específico y sus dosis

La presencia de los factores de riesgo tradicionales como tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipemia y obesidad son importantes para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV).⁵

Los factores relacionados con la inflamación sistémica crónica juegan un papel importante en la patogénesis de ECV. Las citoquinas proinflamatorias, la disfunción endotelial y el estrés oxidativo con la alteración de la función de las HDL son algunos de los mediadores que colaboran con la aterosclerosis precoz. La proteína C reactiva es un predictor de mortalidad cardiovascular en estas pacientes.⁶

En cuanto al tratamiento, contamos con varias posibilidades. Se sabe que el control de la inflamación reduce el riesgo de eventos CV.

Los antiinflamatorios no esteroides (AINE) están relacionados con el aumento del riesgo CV en la población general. En un metaanálisis encontraron que los AINE incrementan el riesgo durante la primera semana de uso de la droga, especialmente en altas dosis⁷, a pesar de estos hallazgos se pueden usar.

El tratamiento con corticoides, desarrolla enfermedad cardiovascular y aumenta el riesgo dosis dependiente, por lo cual es preferible evitarlos.

Otra posibilidad terapéutica es la utilización de metotrexate que se comprobó que al controlar la inflamación de la enfermedad de base reduce la mortalidad CV⁸ al igual que la sulfasalazina y la hidroxicloroquina.^{9,10}

Entre los agentes biológicos para el tratamiento de las enfermedades autoinmunes contamos con los antiFactor de Necrosis Tumoral Alfa (anti-TNF): adalimumab, etanercept, infliximab y los biológicos no-TNF: abatacept, anakinra, y rituximab. En los últimos años, el uso de estos fármacos ha cambiado el curso de la enfermedad de base con disminución de los eventos cardiovasculares en especial en aquellos que tienen buena respuesta al tratamiento para la artritis.^{11, 12}

En las últimas guías de prevención cardiovascular en la mujer se considera a las enfermedades autoinmunes como “*factores de riesgo no convencionales*”.^{13,14} Esto implica que aquellas mujeres que padecen este tipo de patología autoinmune tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular.

Con respecto a la evaluación del riesgo cardiovascular, existen diferentes escalas/scores para evaluar el riesgo de padecer eventos cardiovasculares a largo plazo. La mayoría de estos no considera el antecedente de enfermedad autoinmune. Por este motivo, se propuso que en aquellas mujeres con riesgo intermedio, la presencia de “condiciones crónicas inflamatorias” como son las enfermedades autoinmunes se las consideran como potenciadores de riesgo e identifican pacientes que deben comenzar con el tratamiento de prevención primaria que corresponda por su mayor riesgo de ECV.

- En la artritis reumatoidea la recomendación es aplicar un factor de corrección de 1.5 sobre el score obtenido con las escalas clásicas.¹⁵
- En el Lupus eritematoso sistémico se debería multiplicar por 2 ya que la actividad, la duración de la enfermedad y el daño acumulado son factores de riesgo independientes.¹⁶
- En la psoriasis la recomendación es duplicar el valor del riesgo obtenido por las escalas de valoración de riesgo.¹⁷

Conclusión

Las enfermedades autoinmunes son factores de riesgo no convencionales en la mujer, generan una aterosclerosis precoz que conlleva un peso muy importante porque termina siendo la primera causa de mortalidad. Por eso es muy importante realizar el tratamiento de prevención correspondiente.

Bibliografía

¹Kazelian L. Enfermedades autoinmunes que condicionan la enfermedad coronaria en la mujer. *Rev Argent Cardiol* 2013;81:353-357

²Al Husain A, Bruce I. Risk factors for coronary heart disease in connective tissue diseases. *TherAdvMusculoskel Dis* 2010;2(3) 145-153

³Manzi, S., Meilahn, E.N., Rairie, J.E., Conte, C.G., Medsger, Jr T.A., Jansen-McWilliams, L. et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: Comparison with the Framingham study. *Am J Epidemiol* 1997;145: 408-415.

⁴Bruce, I.N. 'Not only . . . but also': Factors that contribute to accelerated atherosclerosis and premature coronary heart disease in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology* 2005;44: 1492-1502.

⁵PrashanthRawla. Cardiac and vascular complications in rheumatoid arthritis. *Reumatologia* 2019; 57, 1: 27–36

⁶Villa Forte A, Mandell B. Trastornos cardiovasculares y enfermedad reumática. *Rev Esp Cardiol* 2011;64(9):809-817

⁷Bally M, Dendukuri N, Rich B, et al. Risk of acute myocardial infarction with NSAIDs in real world use: bayesian meta-analysis of individual patient data. *BMJ* 2017; 357: j1909

⁸Krishnan, E., Lingala, V.B. and Singh, G. Declines in mortality from acute myocardial infarction in successive incidence and birth cohorts of patients with rheumatoid arthritis. *Circulation* 2004;110: 1774-1779.

⁹MacMullan PA, Madigan AM, Paul N, et al. Sulfasalazine and its metabolites inhibit platelet function in patients with inflammatory arthritis. *ClinRheumatol* 2016; 35: 447-455.

¹⁰ Rempenault C, Combe B, Barnetche T, et al. Metabolic and cardiovascular benefits of hydroxychloroquine in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2018; 77: 98-103.

¹¹ Dixon, W.G., Watson, K.D., Lunt, M., Hyrich, K.L., Silman, A.J. and Symmons, D.P.M. (2007) Reduction in the incidence of myocardial infarction in patients with rheumatoid arthritis who respond to anti-tumor necrosis factor alpha therapy: Results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. *ArthritisRheum* 2007; 56: 2905-2912.

¹²Lee JL, Sinnathurai P, Buchbinder R, et al. Biologics and cardiovascular events in inflammatory arthritis: a prospective national cohort study. *Arthritis Res Ther* 2018; 20: 171.

¹³Volberg VI, Rubilar BA, Aquieri A, Giorgini JC, Seijo M, Álvarez JM, et al. Consenso de Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2021;89 (Suplemento 5):1-191. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.s5>

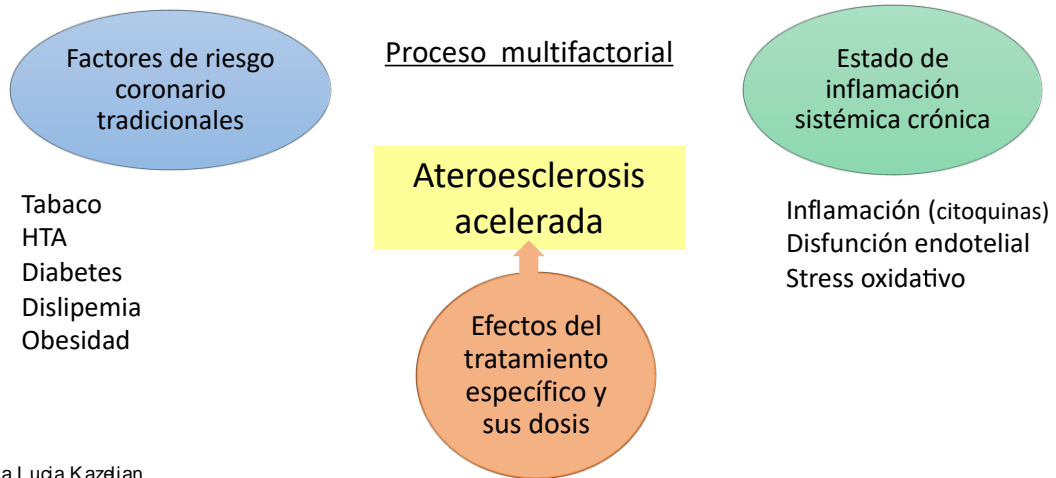
¹⁴del Sueldo MA et al.: Guía SIAC prevención CV primaria en la mujer. *Arch Cardiol Mex.* 2022;92(Supl) 1-68

¹⁵Agca R, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis* 2016;0:1–12. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209775

¹⁶Ugarte A, Ruiz-Irastorza G. SLE: the changing prognosis. *Lupus* 2016; 25:1285-87.

¹⁷Peters MJL, Symmons DPM, McCarey D, Dijkmans BAC, Nicola P, Kvien TK, et al. EULAR evidence-based recommendations for cardio-vascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis 2010;69:325-31.

ATEROESCLEROSIS ACELERADA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES



Dra Lucia Kazdian