



Prevalencia de los factores tradicionales de riesgo cardiovascular en los receptores de trasplante renal

R. Marcén

Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

Las enfermedades cardiovasculares son más frecuentes en los enfermos con trasplante renal que en la población general y constituyen la principal causa de mortalidad, aproximadamente un tercio de los fallecimientos con injerto funcionando se deben a dichas complicaciones. Las causas de su incidencia aumentada no están todavía definitivamente aclaradas. En el enfermo trasplantado además de los factores de riesgo cardiovascular identificados en la población general (tradicionales): edad avanzada, sexo masculino, sobrepeso, hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes, tabaco y sedentarismo están presentes otros factores específicos derivados de su situación clínica específica como son la disfunción del injerto renal, hiperhomocisteinemia, inflamación, etc., a los que se asocia o influye sobre ellos la inmunosupresión. Si esta suma de factores de riesgo explica completamente la excesiva incidencia de enfermedad cardiovascular está por demostrar.

Los factores tradicionales de riesgo cardiovascular están presentes en el enfermo trasplantado, antes del trasplante como causantes de la enfermedad renal primaria, como complicación de ésta o de su tratamiento. Después del trasplante como consecuencia de la situación previa o bien derivados del grado de insuficiencia renal o disfunción del injerto y del tratamiento inmunosupresor utilizado. Además, estos factores de riesgo cardiovascular pueden influir de forma mucho más agresiva sobre la enfermedad cardiovascular en el enfermo trasplantado que en la población general. Además la incidencia de algunos de estos factores de riesgo como la disfunción renal, la HTA, la diabetes e hipercolesterolemia aumenta conforme lo hace el período de seguimiento.

La influencia de la inmunosupresión es patente en los datos de un estudio a 10 años en que se compararon 185 enfermos trasplantados tratados con azatioprina y esteroides (Aza-Pred) y 128 enfermos tratados con ciclosporina y esteroides (CsA-Pred) la prevalencia de HTA fue superior en los enfermos con CsA-Pred (81,2% vs 61,9%; $p = 0,017$), así como la incidencia de hipercolesterolemia (56,2% vs 34,5%; $p = 0,011$) e hiperuricemia (59,4% vs 14,3%; $p = 0,000$) y tenían

además mayor grado de disfunción renal a lo largo del estudio. Sin embargo la incidencia de diabetes fue inferior en el grupo de CsA-Pred (6,2% vs 14,3%; $p = 0,066$). En otro estudio se compararon dos grupos de enfermos, 152 en tratamiento con tacrolimus con 111 en tratamiento con ciclosporina microemulsión sin diferencias en cuanto a edad al trasplante, tiempo en diálisis, distribución por sexos y ambos grupos con dosis bajas de esteroides y un período de seguimiento de al menos un año. La incidencia de HTA (59,2% vs 71,2%, $p = 0,05$) y de hipercolesterolemia (22,4% vs 39,5%, $p = 0,04$) fue superior en el grupo en tratamiento con ciclosporina y no había diferencia en la función de injerto al año (SCR $1,59 \pm 0,51$ vs $1,68 \pm 0,61$ mg/dl) ni en la incidencia de diabetes de novo (15,8% vs 13,7%; $p = 0,736$) y de hipertrigliceridemia (12,5% vs 19,8%; $p = 0,149$).

En un estudio retrospectivo caso-control de cardiopatía isquémica en enfermos en ciclosporina realizado en tres hospitales, 12 de Octubre, Marqués de Valdecilla y Ramón y Cajal se observó que la prevalencia e incidencia de dicha complicación era del 6,4% y de 15,7 casos/1.000 enfermos año, entre 2,5 y 3 veces la de la población general. El estudio de los factores de riesgo cardiovascular mediante el análisis de Cox mostró que la edad en años (RR = 1.050; IC = 1.024-1.076; $p = 0,000$), el sexo masculino (RR = 2,543; IC = 1.054-3.764; $p = 0,034$), la hipercolesterolemia pre (1.712; IC = 1,013-2,893; $p = 0,045$) y postrasplante (2,020; IC = 1.075-4.318; $p = 0,047$) y el tabaco (RR = 1.842; IC = 1.089-3.114; $p = 0,023$) se asociaron con la presencia de cardiopatía isquémica.

En conclusión: la incidencia de los factores de riesgo cardiovascular están aumentados en el enfermo trasplantado respecto de la población general y varía según el tratamiento inmunosupresor. Este aumento de los factores de riesgo podría explicar en parte la mayor incidencia de las enfermedades cardiovasculares. La hipercolesterolemia y el tabaco fueron los factores de riesgo susceptibles de tratamiento que se asociaron con la presencia de cardiopatía isquémica.