

EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE ATEROSCLEROSIS CAROTÍDEA Y DEPÓSITOS DE URATO TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO EN GOTA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

P. 13



Rodríguez Alvear, Cristina¹; Calabuig Sais, Irene¹; Martínez Sanchís, Agustín¹; Andrés, Mariano¹.

Sección de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante (1)

INTRODUCCIÓN

La aterosclerosis carotídea es prevalente en pacientes con gota. Un estudio anterior realizado en nuestro centro demostró asociación entre la extensión de tofos y la señal power Doppler (PD) positiva con la presencia de placas de ateroma [Front Med 2021;8:795984]. Sin embargo, al tratarse de un estudio transversal, esa asociación debía ser confirmada de forma prospectiva.

OBJETIVOS

- ✓ Analizar si la evolución de la aterosclerosis carotídea está asociada con la evolución de los signos de depósito ecográficos y la inflamación asociada a éstos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo incluyendo a 103 pacientes con gota probada por cristales de reciente diagnóstico, 94% hombres, edad media basal de 62 años y 17% con gota tofácea.

Se realizaron tres evaluaciones ecográficas: basal (M0), a los 6 meses (M6) y a los 12 meses (M12). Fueron realizadas por dos expertos ecografistas, con demostrada fiabilidad intra e interobservador, ciegos a los datos analíticos y de tratamiento de los pacientes.

La M0 constaba de A) evaluación carotídea bilateral, para medición del grosor íntima-media (GIM) y presencia de placas de ateroma, según consenso de Mannheim, y de B) evaluación musculoesquelética en carpos, 2ª MCFs, 1ª MTFs y tendones tricipitales y patelares, para signos de depósitos de cristales de urato (doble contorno, agregados hiperecóticos y tofos, según definiciones de OMERACT) y para señal PD local. La M0 se realizó en ausencia de tratamiento hipouricemiante, pero permitiendo tratamiento profiláctico de ataques. Posteriormente, los pacientes fueron tratados de forma paralela en práctica clínica por sus reumatólogos responsables.

En M6 y M12, se repitió la evaluación ecográfica carotídea, así como en las localizaciones con depósito basal (M0). La evolución de los depósitos y las placas carotídeas se clasificó en “desaparición”, “reducción”, “persistencia” y “progresión”. Para la señal PD, se tomó el valor máximo en cualquier localización evaluada. Para los análisis, las variables de placa y depósitos se dicotomizaron en “desaparición/reducción” o “persistencia/progresión”.

La evaluación del cambio en carótidas, depósitos y señal PD se ha realizado mediante Chi-cuadrado y test exacto de Fisher.

RESULTADOS

De los 103 pacientes, se realizó evaluación M6 en 91 (88,3%) y M12 en 78 (75,7%).

En M0, la media de localizaciones con depósito fue de 9,9 (DE 4,1) y con señal PD positiva de 1,1 (DE 1,1). Un 59% tenía placas de ateroma carotídeas y el GIM medio fue de 0,82mm (DE 0,21). En la **figura 1** se muestra la evolución de las placas carotídeas, los depósitos de urato y la señal PD (figura 1A M0-M6; figura 1B M6-M12). El cambio de GIM en M6 y M12 no fue significativo.

En M6, no se encontró asociación entre las variables carotídeas y las musculoesqueléticas. No obstante, en M12, la reducción o desaparición de la placa de ateroma se asoció de manera significativa con la ausencia de la señal PD, en comparación con señal PD persistente (64,0% vs 28,6%, $p=0,017$). La mejoría de placas carotídeas no se relacionó con las mejorías en signos de doble contorno (62,5% vs 0%, $p=0,087$), agregados (57,9% vs 37%, $p=0,162$) y tofos (48,4% vs 42,9%, $p=0,731$). El uso de estatinas de alta potencia también se asoció a la reducción o desaparición de la placa de ateroma, sin que se haya hallado relación con otras variables clínicas o analíticas.

