

Bibliografía

1. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446. (Fe de errores, *Arch Intern Med* 1998; 158: 573.)
2. The ARIC Investigators. The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study: design and objectives. *Am J Epidemiol* 1989; 129: 687-702.

La reducción de los valores de colesterol mejora las anomalías de la perfusión miocárdica en pacientes con coronariopatía y valores moderados de colesterol

Cholesterol reduction improves myocardial perfusion abnormalities in patients with coronary artery disease and average cholesterol levels

J. Mostaza, M.V. Gómez, F. Gallardo, M.L. Salazar, R. Martín-Jadraque, L. Plaza-Celemín, I. González-Maqueda y L. Martín-Jadraque

J Am Coll Cardiol 2000; 35: 76-82

Objetivos. Tratamos de determinar si el tratamiento con pravastatina aumenta la perfusión miocárdica, mediante una prueba de esfuerzo con dipiridamol y examen tomográfico computarizado con emisión de fotón único con talio-201 (SPECT), en pacientes con coronariopatía (*coronary artery disease, [CAD]*) y valores moderados de colesterol.

Fundamento. Los estudios previos en pacientes con hipercolesterolemia han demostrado que la reducción del colesterol restaura la vasodilatación periférica y coronaria dependiente del endotelio y aumenta la perfusión miocárdica.

Métodos. Este estudio fue un ensayo aleatorizado, controlado con placebo, con un diseño cruzado. Se asignaron aleatoriamente, para recibir 20 mg de pravastatina o placebo durante 16 semanas y después la medicación opuesta durante otras 16 semanas, 20 pacientes con CAD. Al término de cada período se llevaron a cabo un análisis de lípidos y lipoproteínas y una prueba de esfuerzo con dipiridamol y SPECT con talio-201. Dos observadores independientes analizaron visualmente las imágenes SPECT en 8 segmentos miocárdicos utilizando un sistema de valoración de cuatro puntos. Para cada paciente se obtuvieron la suma de la puntuación de esfuerzo y la de la puntuación en reposo. Mediante el método de Cedars-Sinai se llevó a cabo una evaluación cuantitativa. La magnitud del defecto se expresó como porcentaje de perfusión miocárdica global.

Resultados. Los valores de colesterol en las lipoproteínas totales y de baja densidad durante placebo fueron de 214 ± 29 mg/dl y 148 ± 25 mg/dl, respectivamente. Con pravastatina, estos valores fueron de 170 ± 23 mg/dl

y de 103 ± 23 mg/dl, respectivamente. Las sumas de la puntuación de esfuerzo y de la puntuación en reposo fueron menores con pravastatina que con placebo ($7,2 \pm 2,3$ comparado con $5,9 \pm 2,3$, $p = 0,012$ y $3,2 \pm 1,6$ comparado con $2,4 \pm 2,2$, $p = 0,043$, respectivamente). El análisis cuantitativo puso de manifiesto un menor defecto de perfusión con pravastatina (29,2%) comparado con placebo (33,8%) ($p = 0,021$) durante la prueba de esfuerzo con dipiridamol. En reposo no se identificaron diferencias.

Conclusiones. En pacientes con CAD la reducción de los valores de colesterol con pravastatina mejora la perfusión miocárdica durante la prueba de esfuerzo con dipiridamol y SPECT con talio-201.

COMENTARIO

Los beneficios del tratamiento con estatinas han sido demostrados en diferentes estudios. Se han propugnado varios mecanismos para explicar tales beneficios sin que de momento se pueda conocer la contribución real de cada uno de ellos. Uno de dichos mecanismos implicaría al endotelio vascular. Dada la importancia de la capa endotelial en el desarrollo de la aterosclerosis y sus complicaciones, se ha publicado un número importante de estudios que demuestran los efectos de la hiperlipemia sobre el funcionalismo del endotelio, así como las consecuencias del tratamiento hipolipemiante. El estudio de Mostaza et al incide en esta cuestión, al demostrar claramente como el tratamiento con pravastatina mejora la perfusión de segmentos de miocardio previamente isquémicos. Se trata de una mejoría de aparición a corto plazo que los autores atribuyen a la recuperación de la función endotelial consecuencia de un balance favorable entre el incremento de la producción de óxido nítrico y reducción de la síntesis de endotelina. Utilizan un método exploratorio de amplia disponibilidad en nuestro país como el SPECT con talio-201 bajo provocación con dipiridamol. Considerar la mejoría de la función endotelial como resultado suficiente de un tratamiento no siempre es ajustado a las necesidades clínicas. Así, en el Heart and Estrogen/Progestin Interventions Trial no se reducen los episodios cardiovasculares en mujeres con cardiopatía pese al conocimiento previo de que los estrógenos potencian la vasodilatación coronaria dependiente del endotelio. No obstante, el estudio de Mostaza et al no sólo demuestra un beneficio clínico como sería la reducción de la isquemia miocárdica, sino que incluye a una población similar, aunque no idéntica, a la del estudio Cholesterol and Recurrent Events (CARE) en el que quedó patente una reducción de acontecimientos en los sujetos tratados. En conclusión, Mostaza et al aportan nueva información sobre los beneficios del tratamiento con estatinas, totalmente concordantes con los datos disponibles en la actualidad y que refuerzan la necesidad de un control estricto y agresivo de las concentraciones no óptimas del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad en el ámbito de la prevención secundaria.

R. Bros