

Trastornos de la personalidad y placa aterosclerótica

Al Director

He leído con interés el artículo de Suárez-Bagnasco y colaboradores. (1) La relación entre trastornos de la personalidad y la presencia de placas detectadas por coronariografía computarizada multicorte, además de poner en evidencia que en los pacientes en los que se diagnostican dichos trastornos donde están involucrados los mecanismos fisiopatológicos en los que predominan una descarga simpática con efectos negativos sobre el sistema cardiovascular, se ha establecido una relación positiva entre el número de trastornos y la presencia de más factores de riesgo coronario (FRC). Lo que demuestra este estudio permite explicar los trastornos de la personalidad como factores que favorecen la adopción de conductas y hábitos no saludables, como señalan los autores, lo que tendría vinculación directa con la adherencia a las medidas de prevención y tratamiento. Sin embargo, frente a las dificultades actuales para acceder a estudios de complejidad que detectan la lesión así establecida, creo que sería muy importante identificar los trastornos de la personalidad mediante un *screening* de validación internacional y trabajar precozmente en conjunto con áreas psicosociales para lograr un control más eficaz de los FRC en estos pacientes, en los que se ha observado el mayor número de placas calcificadas (y no calcificadas, vulnerables). Este tipo de acción se puede implementar y extender en los diferentes estratos socioeconómicos. Felicito a los autores por un aporte muy interesante para los cardiólogos, clínicos y generalistas en el abordaje de la prevención cardiovascular.

José Luis Castellano^{MTSAC}

Hospital Argerich. División Cardiología
j_castel@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez-Bagnasco M, Ganum G, Cerdá M. Trastornos de la personalidad y placa aterosclerótica coronaria. *Rev Argent Cardiol* 2013;81:39-44. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i1.1529>.

Respuesta de los autores

El trabajo "Trastornos de la personalidad y placa aterosclerótica coronaria" (1) es una primera aproximación al estudio del tema. Consideramos conveniente realizar más estudios, en diferentes niveles socioeconómicos e incluir muestras de mayor tamaño.

Los trastornos de la personalidad evaluados en nuestro trabajo, siguiendo los criterios diagnósticos

internacionales utilizados por los profesionales de la salud mental, no son contemplados dentro de los factores de riesgo psicosocial considerados en las actuales guías de prevención en cardiología. (2, 3)

La última guía de prevención cardiovascular publicada en 2012 por la Sociedad Europea de Cardiología (2) considera los siguientes factores de riesgo psicosocial: bajo nivel socioeconómico, bajo soporte social, estrés en el trabajo, estrés en la vida familiar, depresión, ansiedad, hostilidad y la tendencia a experimentar emociones negativas e inhibición social (denominada en la literatura como personalidad tipo D). Dicha guía recomienda la evaluación de estos factores de riesgo psicosocial con nivel de evidencia B y clase IIa, y la intervención sobre ellos con nivel de evidencia A y clases I y IIa.

En el caso de las patologías coronarias cuyo sustrato fisiopatológico fundamental son las lesiones ateroscleróticas coronarias, existen evidencias de la presencia de lesiones tempranas en forma de estrías grasas en fetos humanos cuyas madres presentan hipercolesterolemia. (4) En niños, adolescentes y adultos jóvenes, el número de factores de riesgo cardiovascular y la edad incrementa la probabilidad de la presencia, extensión y gravedad de la lesión aterosclerótica. (4) Además, el entorno familiar psico-socio-económico también puede favorecer el desarrollo de las lesiones e incluso puede amplificar la vulnerabilidad psicológica de aquellos que ya presentan un temperamento vulnerable. (5)

En función de todo lo anterior, parece necesaria la prevención cardiovascular en diferentes grupos etarios y momentos vitales, para controlar y modificar los factores de riesgo cardiovascular y psicosocial, como también promover el desarrollo de factores protectores bio-psicosociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez-Bagnasco M, Ganum G, Cerdá M. Trastornos de la personalidad y placa aterosclerótica coronaria. *Rev Argent Cardiol* 2013;81:39-44. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i1.1529>.

2. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2012;33:1635-701. <http://doi.org/m5d>

3. Smith SC, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, et al. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2011;124:2458-73. <http://doi.org/cg5hrs>

4. McGill HC, McMahan CA, Herderick EE, Malcom GT, Tracy RE, Strong JP. Origin of atherosclerosis in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr* 2000;72(Suppl):1307S-15S.

5. Loucks EB, Almeida ND, Taylor SE, Matthews KA. Childhood family psychosocial environment and coronary heart disease risk. *Psychosomatic Med* 2011;73:563-71. <http://doi.org/cf62f4>

**Mariana Suárez-Bagnasco, Guillermo Ganum,
Miguel Cerdá^{MTSAC}**

Hospital Universitario Fundación Favaloro
mariansb@gmail.com

REV ARGENT CARDIOL 2013;81:367. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.2942>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

Rev Argent Cardiol <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i1.1529>

Estenosis aórtica en una paciente con síndrome de Werner y enfermedad de Addison

Al Director

El síndrome de Werner (SW) es una patología autosómica recesiva producida por una anomalía del gen WRN, (1) que se caracteriza por un envejecimiento prematuro similar a la progeria, con un promedio de expectativa de vida de 47 años. Las causas más comunes de muerte son las neoplasias y el infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular, secundarios a arteriosclerosis precoz generalizada. (2) El SW se manifiesta además con afecciones de la piel semejantes a esclerodermia, úlceras, cataratas y leucotricosis, baja estatura, cirrosis hepática, várices esofágicas y diversas enfermedades endocrinológicas. (2) Si bien el avance de la medicina ha extendido la expectativa de vida de los pacientes con SW a través de un manejo más apropiado de los factores de riesgo de la enfermedad arteriosclerótica y el diagnóstico precoz de tumores malignos, existe poca información sobre la estenosis aórtica degenerativa calcificada relacionada con la edad. (3-6)

Presentamos el caso de una mujer de 59 años con SW y estenosis aórtica sintomática. Uno de sus padres estaba afectado por el SW. La paciente recibía tratamiento crónico con esteroides debido a una deficiencia adrenocortical primaria y había sido operada previamente de un carcinoma de tiroides inespecífico. En el momento de la internación, la paciente presentaba piel similar a esclerodermia, rasgos faciales "tipo pájaro", baja estatura (155 cm), pigmentación oscura en la piel, leucotricosis y depuración de creatinina < 50 ml/min. La ecocardiografía Doppler mostró estenosis aórtica calcificada con insuficiencia leve. El gradiente medio transaórtico era de 49 mm Hg, el área calculada era de

0,7 cm² y la presión de enclavamiento de la arteria pulmonar, de 27 mm Hg. La angiografía mostró coronarias normales y el aortograma evidenció un anillo aórtico pequeño. Se procedió a realizar un reemplazo valvular electivo. La medición intraoperatoria del anillo aórtico arrojó un tamaño levemente inferior a los 19 mm. Se llevó a cabo el agrandamiento anular con un parche pericárdico bovino y se colocó una válvula mecánica (St. Jude Medical 19 mm). Las primeras 48 horas postoperatorias transcurrieron sin inconvenientes, pero luego aumentaron progresivamente las transaminasas, se deterioró la filtración glomerular y la paciente falleció al cabo de seis días por falla multiorgánica. A pesar de su mala evolución, decidimos comunicar este raro caso de una paciente con SW y sobrevida prolongada que desarrolló estenosis aórtica. Debido a que la enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de muerte en el SW, el tratamiento quirúrgico agresivo para corregir la disfunción valvular debe ser contemplado en un intento de prolongar la vida de estos pacientes gravemente enfermos.

**Raúl A. Borracci^{MTSAC}, Gustavo Ramos,
José L. Barisani^{MTSAC}**

Clínica Adventista Belgrano, Buenos Aires

BIBLIOGRAFÍA

1. Goto M, Rubenstein M, Weber J, Woods K, Drayna D. Genetic linkage of Werner's syndrome to five markers on chromosome 8. *Nature* 1992;355:735-8. <http://doi.org/cwmkzx>
2. Kawai T, Nozato Y, Kamide K, Onishi M, Yamamoto-Hanasaki H, Tataru Y, et al. Case report of a long-surviving Werner syndrome patient with severe aortic valve stenosis. *Geriatr Gerontol Int* 2012;12:174-5. <http://doi.org/fzns4q>
3. Carrel T, Pasic M, Tkebuchava T, Turina J, Jenni R, Turina MI. Aortic homograft and mitral valve repair in a patient with Werner's syndrome. *Ann Thorac Surg* 1994;57:1319-20. <http://doi.org/ccxmsb>
4. Watanabe T, Otsuno Y, Nagano T, Fujisawa O, Wada T, Shimada T, et al. A case of Werner's syndrome associated with heart failure due aortic valve stenosis. *Nihon Naika Gakkai Zasshi* 1996;85:608-10. <http://doi.org/cjc63d>
5. Sogawa M, Kasuya S, Yamamoto K, Koshika M, Oguma F, Hayashi J. Aortic valve replacement for aortic stenosis with a small aortic annulus in a patient having Werner's syndrome and liver cirrhosis. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2001;7:378-80.
6. Monroy S, Pereiro G, Graziano A, Cola H, Palombo M, Achenbach R. Valve calcification in Werner's syndrome. *Medicina (B Aires)* 2010;70:372.

REV ARGENT CARDIOL 2013;81:368. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i4.2928>