



Arteriopatía coronaria y lesión de la médula espinal

Las personas con lesiones de la médula espinal crónicas tienen altos índices de cardiopatías. Los estudios más conocidos sobre este tema han examinado principalmente a hombres (no mujeres) con lesión medular, pero nos han enseñado que al menos un 50 % de las personas con paraplejía y el 80 % de las personas con cuadriplejía tienen indicios de cardiopatías cuando se les hacen pruebas de estrés (1,2), incluso aunque nunca tengan los síntomas clásicos de dolor en el pecho o problemas para respirar. Más del 20 % de las personas con una lesión medular morirá de una cardiopatía (3), pero esa cifra puede aumentar, ya que las ellos están viviendo vidas más largas que hace dos o tres décadas.

Nadie sabe con certeza por qué las personas con lesiones medulares tienen altos índices de cardiopatías. Entre un 70 y un 80 % de las personas con lesiones de la médula espinal tiene niveles de colesterol anormales (4), aproximadamente un 20 % tiene diabetes y el 30 % de las personas con paraplejía tiene presión arterial alta (menos frecuente entre las personas con cuadriplejía) (5,6). Cada una de estas afecciones puede aumentar el riesgo de desarrollar una cardiopatía, al igual que la falta de actividad física. Hay otros factores de riesgo para las cardiopatías que apenas estamos comenzando a entender. Los niveles bajos de testosterona en los hombres con lesiones medulares pueden contribuir a niveles de colesterol desfavorables y la apnea del sueño, un problema con la respiración durante la noche que hasta la mitad de las personas con lesiones medulares puede tener (7,8), también puede aumentar el riesgo general.

Solo ha habido apenas dos artículos en publicaciones que examinaban el tratamiento de personas con lesiones de la médula espinal con medicamentos que reducen el colesterol (9,10). Lamentablemente, ninguno de los dos se preguntaba si ese tratamiento reduce el riesgo de tener un ataque cardíaco o morir; solo examinaban si esos medicamentos pueden ser utilizados de manera segura por las personas con lesiones medulares, lo que realmente es así.

No hay ninguna pauta específica para examinar a las personas con lesiones de la médula espinal para detectar cardiopatías, aunque las pautas nacionales recomiendan controlar

los niveles de colesterol cada cinco años. Debido a que las personas con lesiones medulares corren un riesgo alto, sus doctores deben controlar sus ECG (una prueba que se hace en el consultorio para comprobar las funciones del corazón) y pueden considerar la posibilidad de pedirles que tomen un medicamento que reduzca el colesterol (llamado “estatina”), incluso aunque sus niveles de colesterol “malo” parezcan normales. Se deben analizar otros factores de riesgo para sufrir una cardiopatía, incluyendo la presión arterial, la falta de ejercicio y los problemas para dormir. Los doctores que evalúan a personas con lesiones medulares que tienen quejas sobre la respiración, náuseas, dolor en el pecho, disreflexia, u otros síntomas determinados deben considerar la posibilidad de una cardiopatía.

Referencias:

1. Bauman W, Raza M, Spungen A, Machac J. Cardiac stress testing with thallium-201 imaging reveals silent ischemia in individuals with paraplegia. *Arch Phys Med Rehabil.* 1994 Sep;75(9):946-50.
2. Lee C, Lu Y, Lee S, Ding H. Evaluating the prevalence of silent coronary artery disease in asymptomatic patients with spinal cord injury. *Int Heart J.* 2006;27:325-30.
3. DeVivo M, Krause J, Lammertse D. Recent trends in mortality and causes of death among persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999 Nov;80(11):1411-19.
4. Vichiansiri R, Saengsuwan J, Manimmanakorn N, Patpiya S, Preeda A, Samerduen K et al. The prevalence of dyslipidemia in patients with spinal cord lesions in Thailand. *Cholesterol.* 2012;2012:1-6.
5. Bauman W, Spungen A. Risk assessment for coronary heart disease in a veteran population with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2007;12(4):35-53.
6. Yekutieli M, Brooks M, Ohry A, Yarom J, Carel R. The prevalence of hypertension, ischaemic heart disease and diabetes in traumatic spinal cord injured patients and amputees. *Paraplegia.* 1989 Feb;27(1):58-62.
7. Leduc B, Dagher J, Mayer P, Bellemare F, Lepage Y. Estimated prevalence of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome after cervical cord injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007 Mar;88:333-7.
8. Stockhamer E, Tobon A, Michel F, Eser P, Scheuler W, Bauer W et al. Characteristics of sleep apnea syndrome in tetraplegic patients. *Spinal Cord.* 2002;40:286-94.
9. Nash M, Johnson B, Jacobs P. Combined hyperlipidemia in a single subject with tetraplegia: Ineffective risk reduction after atorvastatin monotherapy. *J Spinal Cord Med.* 2004;27(5):484-7.
10. Nash M, Jewis J, Dyson-Hudson T, Szlachcic Y, Yee F, Mendez A et al. Safety, tolerance, and efficacy of extended-release niacin monotherapy for treating dyslipidemia

risks in persons with chronic tetraplegia: A randomized multicenter controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2011 Mar;92:399-410.

Fuente: Extraído de “Health Considerations in Spinal Cord Injury: A Handbook for People with SCI” con permiso de Michael D. Stillman, M.D., Profesor Adjunto de Medicina Interna y Neurocirugía, Escuela de Medicina de la University of Louisville.

La información en este mensaje es presentada con el propósito de educarle e informarle sobre la parálisis y sus efectos. Nada mencionado en este mensaje debe ser tomado como un diagnóstico o tratamiento médico. No debe reemplazar las instrucciones de su doctor o proveedor de salud. Si tiene preguntas sobre su salud por favor llame o visite a su doctor o proveedor de salud calificado inmediatamente. Siempre consulte con su doctor o proveedor de salud antes de comenzar un nuevo tratamiento, dieta o programa de bienestar. Nunca reemplace los consejos de su doctor o deje de buscar atención médica por algo mencionado en este mensaje.