



Arteriopatía coronaria y lesión de la médula espinal

Las personas con lesiones crónicas de la médula espinal presentan altos índices de cardiopatías. Los estudios más conocidos sobre este tema han examinado principalmente a hombres (no a mujeres) con lesión medular, pero nos han enseñado que al menos el 50 % de las personas con paraplejía y el 80 % de las personas con cuadriplejía presentan indicios de cardiopatías cuando se les realizan pruebas de estrés (1,2), 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 morirán de una cardiopatía (3), pero esa cifra puede aumentar, ya que viven más años 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 tienen 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, así como 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 a la apnea del sueño, un problema de la respiración durante la noche que hasta la mitad de las personas con lesiones medulares pueden presentar (7,8), lo que también puede aumentar el riesgo general.

Solo se han publicado dos artículos 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 reducía el riesgo de tener un ataque cardíaco o de morir; solo examinaba si esos medicamentos podían utilizarse de manera segura por las personas con lesiones medulares, lo cual realmente era así.

No hay pauta específica para examinar a las personas con lesiones de la médula espinal con el fin de 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 alto riesgo, sus doctores deben controlar sus ECG (una prueba que se realiza en el consultorio para comprobar las funciones del corazón) y pueden considerar pedirles que tomen un medicamento que reduzca el colesterol (llamado “estatina”), incluso si sus niveles de colesterol “malo” parecen normales. Se deben analizar otros factores de riesgo de padecer 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 presentan quejas de respiración, náuseas, dolor torácico, disreflexia u otros síntomas específicos deben considerar la posibilidad de 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.

Esta publicación cuenta con el apoyo de la Administración para la Vida Comunitaria (ACL), del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos, como parte de un premio de asistencia financiera por un total de 10 000 000 dólares, financiado en un 100 por ciento por la ACL/HHS. El contenido es de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales de la ACL/HHS o del Gobierno de los Estados Unidos, ni su respaldo.