

Lipoproteína(a) y ancianos

L. Borque de Larrea^a, F. Gómez Bustó^b

Sr Director:

Hemos leído con atención el trabajo «Peroxidación lipídica y envejecimiento» (1) publicado en su revista por Arranz et al en el que los valores de las concentraciones de lipoproteína (a) no coinciden ni en cifras absolutas ni en su distribución etaria con los obtenidos por nosotros.

Recientemente, hemos medido las concentraciones de lipoproteína (a) mediante un procedimiento nefelométrico automatizado de inmunoanálisis de partículas de látex en un grupo control y en otro de edad avanzada (2, 3).

El grupo control estaba compuesto por 300 donantes, aparentemente sanos, con edades comprendidas entre 18 y 65 años. El grupo de edad avanzada lo componían 113 ancianos (45 varones y 68 mujeres) de 3 residencias municipales de Vitoria-Gasteiz con una edad media de 80 ± 6 años, físicamente válidos y con un estado de salud definido por una distribución de enfermedades propias de la edad: diabetes mellitus: 23 casos; cardiopatía isquémica: 26 casos, accidente cerebrovascular: 22 casos e hipertensión arterial: 46 casos.

Los valores de lipoproteína (a) en el grupo de edad avanzada estuvieron comprendidos en un intervalo de concentraciones de <27-533 mg/L en los varones y de <27-736 mg/L en las mujeres. La distribución de los resultados obtenidos aparece reflejada en la figura 1. En ella se puede apreciar que las concentraciones de lipoproteína (a) no aumentan con la edad sino que presentan una distribución paralela a las de la población general.

Estos datos reproducen los obtenidos por Berg et al (4) y concuerdan con la escasa relación de la concentración plasmática de la lipoproteína (a) con la edad, encontrada por la mayoría de los autores (5, 6).

La diferencia en los valores cuantitativos de lipoproteína (a) de nuestro estudio con los hallados por Arranz et al podría explicarse por la distinta metodología empleada y por los problemas de estandarización de los procedimientos de medida de la concentración de lipoproteína (a), aún no resueltos (7).

Sin embargo, el significativo aumento de la concentración de la lipoproteína (a) en el grupo de edad avanzada encontrado por estos autores es muy llamativo y parece ir en contra de los valores publicados en la mayoría de los trabajos que hemos revisado.

En nuestro estudio, no sólo no se encontraron aumentos en el grupo de más edad sino que además ninguno de los sujetos estudiados presentó una concentración de lipoproteína (a) superior a 736 mg/L, mientras que los valores de

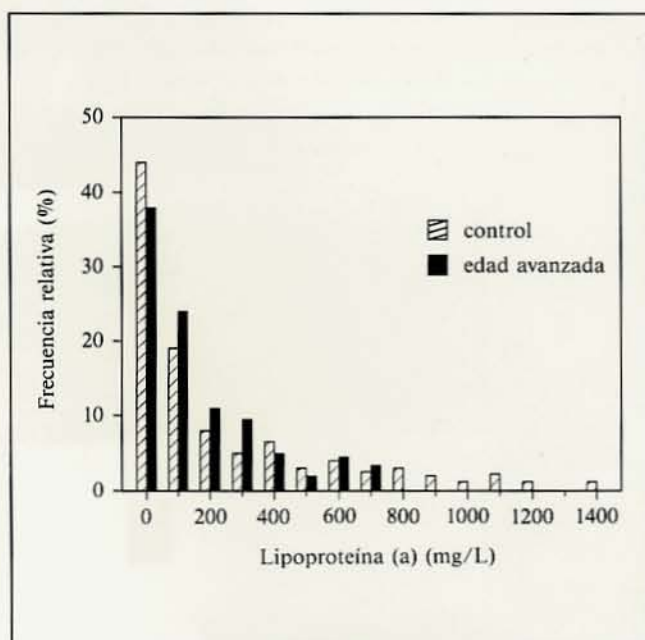


Figura 1. Distribución de frecuencia de las concentraciones de la lipoproteína(a) en la población de edad avanzada y en la población general.

la población general se extendían hasta 1450 mg/L. Es decir, se habían perdido los valores extremos de lipoproteína (a) en el grupo de edad avanzada.

Estos resultados, que otros estudios también destacan (4, 5, 8), se justifican por un efecto de supervivencia, según el cual, los sujetos con concentraciones elevadas de lipoproteína (a) tienen mayores posibilidades de fallecer antes de llegar a edades avanzadas y por tanto, la medición de la concentración de lipoproteína (a) tendría un significado como factor de riesgo.

Se ha documentado ampliamente la relación entre concentraciones altas de lipoproteína (a) y el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. Sin embargo, se ha demostrado que el poder predictivo de la concentración de lipoproteína (a) en la enfermedad cardiovascular es máximo en los hombres jóvenes (9, 10) y que el riesgo relativo disminuye claramente con la edad (5) de tal forma que en los mayores de 60 años pierde su valor como factor independiente predictor de enfermedad cardiovascular (8).

Creemos por tanto, poco útil la medición de la concentración de lipoproteína (a) en poblaciones ancianas. Dada la estabilidad de su concentración a lo largo de la vida sería más interesante realizar una sola medición y a una edad relativamente temprana.

^aLaboratorio Central. Hospital San Millán. Logroño.

^bServicio Médico Tercera edad. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Recibido: 24-5-94

Aceptado: 25-5-94

Correspondencia:

L. Borque de Larrea

Hospital San Millán. Logroño.

Servicio de Bioquímica

Autonomía de La Rioja, 1 26004 Logroño

Bibliografía

1. Arranz Peña ML, Pacho Fernández MB, Carruez Jimeno A, Martín Gil FJ. Peroxidación lipídica y envejecimiento. *Quím Clín* 1994; 13: 78-83.
2. Borque L, Rus A, del Cura J, Maside C, Escanero J. Automated latex nephelometric immunoassay for the measurement of serum lipoprotein (a). *J Clin Lab Analysis* 1993; 7: 105-110.
3. Gómez Busto F, Borque L, del Cura J, Merino A, Rus A. Valores de referencia de lípidos séricos en población geriátrica aparentemente sana. *Rev Geriatr Gerontol* 1992; 27: 448.
4. Berg K, Rø OC. Lp (a) lipoprotein level and longevity. *Ann Génét* 1991; 34: 264-269.
5. Rhoads GG, Dalhen G, Berg K, Morton NE, Dannenberg AL. Lp(a) lipoprotein as a risk factor for myocardial infarction. *JAMA* 1986; 256: 2540-2544.
6. Mbewu AD, Durrington PN. Lipoprotein (a): structure, properties and possible involvement in thrombogenesis and atherogenesis. *Atherosclerosis* 1990; 85: 1-14.
7. Kostner GM. Standardization of Lp(a) assays. *Clin Chim Acta* 1992; 211: 191-194.
8. Simons L, Friedlander Y, Simons J, McCallum J. Lipoprotein (a) is not associated with coronary heart disease in the elderly: cross-sectional data from Dubbo study. *Atherosclerosis* 1993; 99: 87-95.
9. Scanu A.M. Lipoproteína (a). Un factor de riesgo para la enfermedad coronaria prematura. *JAMA* 1993; 2: 57-62.
10. Sandkamp M, Funke H, Schulte H, Kholer E, Assmann G. Lipoprotein(a) is an independent risk factor for myocardial infarction at a young age. *Clin Chem* 1990 36: 20-23.