



Compromiso cardiovascular como expresión de afectación sistémica en personas con enfermedades reumáticas

Cardiovascular involvement as an expression of systemic involvement in people with rheumatic diseases

Alejandro Jesús Bermúdez Garcell¹ <https://orcid.org/0000-0001-6932-6410>

Nilvia Bienvenida Serrano Gámez¹ <https://orcid.org/0000-0003-3728-7052>

Rolando Teruel Ginés¹ <https://orcid.org/0000-0002-6327-2754>

María de los Ángeles Leyva Montero¹ <https://orcid.org/0000-0002-0553-9182>

¹Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Chimborazo, Ecuador.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: alejoberm5902@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las manifestaciones cardiovasculares se presentan de manera frecuente en pacientes con enfermedades reumáticas; constituyen elementos que afectan la percepción de calidad de vida y capacidad funcional.

Objetivo: Analizar la importancia del compromiso cardiovascular como expresión sistémica en personas con enfermedades reumáticas.

Desarrollo: Se reflexiona sobre los mecanismos patogénicos subyacentes que generan la aparición de manifestaciones cardiovasculares; así mismo, se abordan sus implicaciones clínicas y la necesidad de un enfoque multidisciplinario en la evaluación y tratamiento de pacientes con enfermedades reumáticas.

Conclusiones: El compromiso cardiovascular, como manifestación sistémica en personas con enfermedades reumáticas, representa una dimensión crítica que debe ser reconocida, evaluada y



tratada de manera integral. La inflamación crónica, característica de estas afecciones, desempeña un rol central en la génesis de la disfunción endotelial; repercute en la aceleración de la aterosclerosis y en el desarrollo de complicaciones cardíacas y vasculares que incrementan de manera significativa la morbimortalidad.

Palabras clave: endocarditis; enfermedades autoinmunes; enfermedades reumáticas; pericarditis.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular manifestations frequently occur in patients with rheumatic diseases; they constitute elements that affect their perception of quality of life and functional capacity.

Objective: To analyze the importance of cardiovascular involvement as a systemic manifestation in people with rheumatic diseases.

Development: This paper reflects on the underlying pathogenetic mechanisms that generate the appearance of cardiovascular manifestations; its clinical implications and the need for a multidisciplinary approach in the evaluation and treatment of patients with rheumatic diseases are also addressed.

Conclusions: Cardiovascular involvement, as a systemic manifestation in people with rheumatic diseases, represents a critical dimension that must be recognized, evaluated, and treated comprehensively. Chronic inflammation, characteristic of these conditions, plays a central role in the genesis of endothelial dysfunction; it contributes to the acceleration of atherosclerosis and the development of cardiac and vascular complications that significantly increase morbidity and mortality.

Keywords: autoimmune diseases; endocarditis; pericarditis; rheumatic diseases.

Recibido: 08/07/2025

Aprobado: 13/11/2025



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas se caracterizan por afectar el sistema osteomioarticular. Durante décadas su abordaje se centra en mejorar la afectación del aparato locomotor. Sin embargo, en la actualidad, se reconoce el carácter sistémico de estas afecciones, al afectar múltiples órganos y sistemas más allá del aparato musculoesquelético.^(1,2)

Dentro de las manifestaciones sistémicas, el compromiso cardiovascular representa una de las complicaciones más relevantes y a menudo subestimadas por su repercusión en la morbimortalidad de los pacientes. La inflamación crónica característica de muchas enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y las espondiloartropatías, genera un entorno patológico propenso al desarrollo acelerado de aterosclerosis; con ello aumenta el riesgo de aparición de miocarditis, pericarditis, vasculitis e insuficiencia cardíaca, entre otras afecciones cardiovasculares.^(3,4)

Varios estudios^(3,5,6) destacan que las personas con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas presentan un riesgo cardiovascular comparable al de pacientes con diabetes mellitus tipo 2; la cual se reconoce como un factor de riesgo mayor para desarrollar afectación cardiovascular. Sin embargo, los esfuerzos por integrar esta evidencia a la práctica clínica siguen siendo insuficientes. Los cardiólogos, reumatólogos, internistas y médicos de atención primaria aún enfrentan desafíos para implementar estrategias conjuntas de prevención, monitoreo y tratamiento que consideren tanto la actividad inflamatoria como los factores de riesgo cardiovascular tradicionales. La inflamación sistémica actúa como un potenciador del daño endotelial; contribuye no solo a la disfunción vascular temprana, sino también a la inestabilidad de las placas ateroscleróticas. Estos cambios elevan el riesgo de eventos como infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular. Este artículo tuvo como objetivo exponer la importancia del compromiso cardiovascular como expresión sistémica en personas con enfermedades reumáticas. Se reflexiona sobre los mecanismos patogénicos subyacentes, las implicaciones clínicas, y la necesidad de un enfoque multidisciplinario en la evaluación y tratamiento de los pacientes.



DESARROLLO

El compromiso cardiovascular en las enfermedades reumáticas se considera una manifestación sistémica de alta relevancia clínica, que en ocasiones pasa desapercibida en la práctica médica habitual. Diversos mecanismos inmunopatológicos están implicados en la relación entre inflamación crónica y daño cardiovascular. Uno de los procesos clave es la disfunción endotelial inducida por citocinas proinflamatorias; dentro de ellas destacan el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), la interleucina-6 (IL-6) y otras moléculas inflamatorias presentes en enfermedades como la artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES). Estas citocinas no solo promueven la inflamación local, sino que actúan a nivel sistémico, contribuyendo al desarrollo acelerado de la aterosclerosis.^(7,8)

Estudios clínicos reportan^(9,10) que los pacientes con AR tienen una incidencia de eventos cardiovasculares entre un 50 % y un 70 % más alta que la población general. Incluso después de ajustar por factores de riesgo tradicionales como hipertensión, tabaquismo, diabetes o hiperlipidemia. Esta observación motiva a que algunos expertos consideren que la AR debería ser considerada una condición de “riesgo cardiovascular equivalente” al igual que la diabetes mellitus. Del mismo modo, en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) se describe un riesgo hasta 9 veces mayor de enfermedad coronaria en mujeres jóvenes; lo que sugiere una patogénesis diferente a la de la aterosclerosis clásica, mediada por autoanticuerpos, inflamación crónica y tratamientos prolongados con glucocorticoides.

Además del daño coronario, se mencionan diversas formas de compromiso cardiovascular en pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedades reumáticas. La pericarditis es una manifestación frecuente en el LES, a veces silente, pero que puede evolucionar hacia taponamiento cardíaco si no es tratado de forma oportuna. La miocarditis es otra complicación que, aunque poco común, puede ser letal si no se diagnostica a tiempo, ya que puede producir insuficiencia cardíaca fulminante. Las vasculitis sistémicas, como la granulomatosis con poliangeítis o la poliarteritis nodosa, comprometen las arterias coronarias y llegan a generar isquemia miocárdica, aneurismas o rupturas vasculares.^(7,10,11)



De igual manera, en pacientes con espondilitis anquilosante, la fibrosis del sistema de conducción cardíaco y el engrosamiento de la raíz aórtica pueden dar lugar a arritmias, bloqueo auriculoventricular completo e insuficiencia aórtica. Estas manifestaciones pueden desarrollarse, incluso en ausencia de síntomas articulares activos, lo que subraya la naturaleza sistémica y a veces silente del daño cardiovascular en estas enfermedades.⁽¹²⁾

Un aspecto crítico del abordaje clínico es la subestimación del riesgo cardiovascular en personas con enfermedades reumáticas, tanto por parte del personal médico como por los propios pacientes. Las escalas tradicionales de riesgo cardiovascular, como la de Framingham o el SCORE europeo, tienden a subestimar el riesgo real ya que no consideran el peso de la inflamación sistémica crónica. En respuesta a esta limitación, entidades como la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) proponen adaptar estas escalas mediante la aplicación de un factor de corrección (por ejemplo, multiplicar el riesgo estimado por 1.5 en pacientes con AR).^(6,8)

El tratamiento de estas afecciones juega un papel ambivalente en la salud cardiovascular. Los antiinflamatorios no esteroides y glucocorticoides pueden aumentar la presión arterial, alterar el perfil lipídico y favorecer la retención de sodio, lo cual incrementa el riesgo cardiovascular. El control efectivo de la actividad inflamatoria con fármacos modificadores de la enfermedad, sobre todo biológicos dirigidos contra TNF- α o IL-6, tiene efectos beneficiosos sobre los marcadores subclínicos de aterosclerosis.^(6,9,11) Esto evidencia que el tratamiento no solo debe orientarse a reducir los síntomas articulares, sino también a mitigar el riesgo sistémico y la afectación cardiovascular.

Desde una perspectiva de salud pública, es esencial establecer estrategias de prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con enfermedades reumáticas. Esto implica monitorear de manera periódica la presión arterial, los lípidos, la glicemia y el peso corporal; promover el cese del hábito tabáquico; fomentar la actividad física adaptada y prescribir tratamientos farmacológicos que no solo controlen la enfermedad reumática, sino que minimicen el riesgo cardiovascular. Además, se debe consolidar la colaboración entre reumatólogos y cardiólogos, a través de unidades multidisciplinarias que permitan un enfoque integral y personalizado en cada caso.



A pesar de estos hallazgos, el reconocimiento del compromiso cardiovascular como una manifestación directa de la enfermedad reumática todavía no se encuentra incorporado en las guías de manejo clínico. El subregistro y la subvaloración de estos eventos, en parte debido a la falta de conciencia sobre su prevalencia y gravedad, limita la implementación de medidas preventivas y de monitoreo sistemático. Esto es preocupante en contextos de atención primaria o en sistemas de salud con recursos limitados, en los que el seguimiento especializado puede no ser accesible para todos los pacientes. De ahí la importancia de fortalecer la educación médica continua, promover la investigación interdisciplinaria y actualizar los protocolos clínicos con un enfoque integral centrado en el paciente.

La interrelación entre reumatología y cardiología representa una oportunidad clave para la medicina personalizada y preventiva. Es necesario comprender que las enfermedades reumáticas no solo afectan las articulaciones; sino que configuran un estado inflamatorio sistémico con consecuencias a largo plazo sobre el sistema cardiovascular; por lo tanto, debe ser un principio rector en la atención moderna de estos pacientes. La vigilancia activa de signos cardiovasculares, la evaluación periódica del riesgo, y el control riguroso de la inflamación son pilares fundamentales para mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad asociada. En este contexto, este artículo propone una reflexión crítica y una mirada integradora sobre cómo abordar de forma más eficaz este binomio clínico desde la práctica médica cotidiana.

A pesar de los avances en la comprensión de las enfermedades autoinmunes y del desarrollo de terapias biológicas más específicas, persiste un vacío clínico en la detección temprana y el manejo integral del riesgo cardiovascular, situación que aumenta el riesgo de aparición de complicaciones y pone en peligro la supervivencia de los pacientes.

La investigación futura debe enfocarse en mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular en esta población. Es necesario identificar marcadores específicos de daño subclínico y diseñar ensayos clínicos que evalúen la efectividad de intervenciones terapéuticas duales (reumatólogicas y cardiovasculares). Asimismo, la educación de los pacientes sobre los riesgos asociados a su enfermedad más allá del aparato locomotor puede aumentar la adherencia a medidas preventivas y terapéuticas.



Es fundamental avanzar hacia un modelo de atención interdisciplinario que promueva la cooperación activa entre reumatólogos, cardiólogos y profesionales de atención primaria, con el fin de establecer protocolos sistemáticos de evaluación y seguimiento cardiovascular. Este modelo debe incluir herramientas de detección adaptadas al perfil inflamatorio del paciente. Debe contener el uso racional de tratamientos farmacológicos que consideren el riesgo-beneficio cardiovascular; y el empoderamiento del paciente a través de la educación en salud.

La implementación temprana de estrategias preventivas, junto con una vigilancia continua de la actividad inflamatoria y de los factores de riesgo cardiovascular, constituye una oportunidad concreta para prolongar la supervivencia en este grupo poblacional. Ignorar el componente cardiovascular de estas enfermedades no solo es inadecuado desde el punto de vista clínico, sino también insostenible, desde la ética profesional, ante la evidencia acumulada.

Por tanto, es imprescindible redefinir las prioridades asistenciales y de investigación en reumatología para incluir el eje cardiovascular como un componente clave del abordaje integral. Solo así se podrá ofrecer una atención centrada en el paciente, que contemple la complejidad y la naturaleza sistémica de las enfermedades reumáticas.

El compromiso cardiovascular, como manifestación sistémica en personas con enfermedades reumáticas, representa una dimensión crítica que debe ser reconocida, evaluada y tratada de manera integral. La inflamación crónica, característica de estas afecciones, desempeña un rol central en la génesis de la disfunción endotelial; repercute en la aceleración de la aterosclerosis y en el desarrollo de complicaciones cardíacas y vasculares que incrementan de manera significativa la morbilidad y mortalidad. Pese a la robusta evidencia científica, la atención médica aún presenta una brecha entre el conocimiento teórico y su aplicación clínica, con una tendencia persistente a subvalorar los riesgos cardiovasculares en pacientes con enfermedades reumáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cazar Chávez MJ, Pino Falconí PE, Moya Romero KS, Muñiz Vásquez VA. Nuevo panorama para las enfermedades reumáticas pediátricas [Internet]. Rev Cuba Reumatol. 2022 [acceso: 2025-01-15].



19/04/2025];24(2):34-43. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000200006&lng=es

2. Solis-Cartas U, Hernández-Batista S, Rodríguez-Moldón Y, Expósito-Lara A. Enfermedades reumáticas e inmunosupresión, mitos y realidades desde la perspectiva etiopatogénica de la enfermedad [Internet]. Rev Cuba Reumatol. 2022 [acceso: 17/04/2025];24(3):e1321. Disponible en: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1019>

3. Sánchez-Zuno GA, Oregón-Romero E, Hernández-Bello J, González-Estevez G, Vargas-Rosales R, Muñoz-Valle JF. Enfermedades reumáticas y alergias, la dualidad del sistema inmunológico [Internet]. Rev alerg Méx. 2021 [acceso: 11/05/2025];68(4):264-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902021000400264&lng=es

4. Villafuerte Morales JE, Hernández Batista SC, Chimbolema Mullo SO, Pilamunga Lema CL. Manifestaciones cardiovasculares en pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19 [Internet]. Rev Cuba Reumatol. 2021 [acceso: 14/05/2025];23(1):e190. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962021000100004&lng=es

5. Solis Cartas U, Calvopiá Bejarano SJ, Nuñez Sánchez BL, Yartú Couceiro R. Relación entre adiposidad corporal y presión arterial en niños y adolescentes con enfermedades reumáticas [Internet]. Rev Cuba Reumatol. 2019 [acceso: 19/05/2025];21(1):e168. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000100002&lng=es

6. Morón-Araújo M. La periodontitis y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Promoción de la salud cardiovascular desde el consultorio dental [Internet]. Rev Colomb Cardiol. 2021 [acceso: 15/05/2025];28(5):464-72. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000500464&lng=en

7. Solis Cartas U, González Benítez SN, Castillo Ruiz LE, Díaz Armas MT, Almendaris Díaz MC. Early diagnosis of rheumatic diseases, real needs [Internet]. Rev Cuba Reumatol. 2023 [acceso: 07/05/2025];25(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962023000200003&lng=es



8. Camaño Carballo L, Camaño Carballo L, González Aguilar V, Carcasés Carcasés E, Tite Andi ST, Pimienta Concepción I, et al. Manifestaciones digestivas en el curso de enfermedades reumáticas, estudio de 5 años [Internet]. Rev Cuba Reumatol. 2022 [acceso: 10/05/2025];24(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000100002&lng=es
9. Hernández Muñiz Y, López Mantecón AM, Pozo Abreu SM, Torres Carballeira R, Carrillo Reyes C, Martínez Sánchez A, et al. Factores de riesgo para la aparición de aterosclerosis en pacientes con artritis reumatoide [Internet]. Rev Cuba Reumatol. 2019 [acceso: 21/05/2025];21(3):e106. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000300006&lng=es
10. Díaz Montalvo G, Morales Puerto Y. Relación de la enfermedad periodontal inflamatoria crónica con enfermedades sistémicas [Internet]. Rev cuban med mil. 2023 [acceso: 20/05/2025];52(4):e3003. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572023000400032&lng=es
11. Díaz Pérez L, Martínez González E, Nerey González W, Morales Nerey MG. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con Artritis Reumatoide y manifestaciones cardiorrespiratorias [Internet]. Acta méd centro. 2022 [acceso: 18/05/2025];16(4):644-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272022000400644&lng=es
12. Montiel-Esparza Ana Cecilia, Sosa-Morales Víctor, Bullón-Alcalá Sergio Roberto, Zavaleta-Martínez Mariana. Arteritis de Takayasu con espondilitis anquilosante [Internet]. Med interna Méx. 2019 [acceso: 24/05/2025];35(3):448-53. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000300448&lng=es

Conflictos de interés

Los autores no refieren conflictos de interés.



Información financiera

No se recibió financiamiento para la realización de este trabajo.

Disponibilidad de datos

No existen datos asociados con este artículo.