

MIALGIAS Y ESTATINAS: ¿EFECTO NOCEBO?

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 30/06/2021

Patología: Cardiopatía isquemia y factores de riesgo / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 3 minutos

<https://www.carprimaria.com/leer-ci/mialgias-estatinas-nocebo>



Es fundamental que los pacientes tengan una buena adherencia terapéutica para obtener el máximo beneficio de las terapias efectivas. Los pacientes con enfermedad cardiovascular deben tomar estatinas, uno de los pilares terapéuticos de la patología.

La European Heart Journal publicó un registro en 2020 con más de 58000 pacientes que participaron en los estudios HPS, SEARCH y HPS-2. Los datos publicados indicaban que el principal motivo para el abandono de la terapia con estatinas eran las mialgias, con un 26% de incidencia en este registro. Aún así, llama la atención que solo el 0.3% de los participantes fueran diagnosticados de miopatía. Es decir, la inmensa mayoría de casos se debían a la presencia subjetiva de dolor y no a la existencia de daño muscular esquelético.

Recordemos que las mialgias son dolores musculares, y cuando no se acompañan de daño miocárdico se definen como síntomas musculares asociados a la toma de estatinas. Aunque puede haber atípicos en los síntomas, generalmente son dolores en grandes grupos musculares, a nivel proximal y que aparecen tras 4-6 semanas del inicio o subida de dosis de estatinas, o al introducir un fármaco nuevo que puede interaccionar. Cuando el paciente presenta una elevación de CPK ≥ 4 LSN (*límite superior de la normalidad*) hablamos de miopatía asociada a estatinas. Si además presenta autoanticuerpos contra la Hidroximetilglutaril-CoA-reductasa, hablamos de miopatía autoinmune asociada a estatinas.

¿Cómo podemos saber si las mialgias son realmente debidas a las estatinas?

El problema diagnóstico no lo tenemos con las miopatías, que son muy poco frecuentes, sino con las mialgias.

El estudio SAMSON publicado en noviembre de 2020 llegó a la siguiente conclusión: el 90% de los pacientes con mialgias podrían presentar un efecto nocebo, es decir, efectos que se atribuyen a los medicamentos, pero realmente no son motivados por los mismos.

Posteriormente, también en 2020, se publicaba el estudio StatinWISE que corroboraba, con el triple de pacientes, lo que decía el SAMSON y otros estudios, tanto observacionales como aleatorizados (*por ejemplo, el ODYSSEY ALTERNATIVE*).

El estudio StatinWISE incluía pacientes que habían tenido síntomas significativos musculares con estatinas y aceptaron volver a tomarlas. El estudio aleatorizado establecía un periodo en el que el paciente tomaba estatinas y otro placebo. No hubo diferencias significativas en las mialgias descritas al comparar los periodos en que tomaban estatina y los periodos con placebo.

La evidencia científica actual nos muestra una baja incidencia de miopatías y miopatías graves con estatinas. En cambio, la prevalencia de mialgias es más elevada, y podría ser un efecto nocebo. Con estos datos, debemos balancear siempre el riesgo/beneficio del uso de estatinas en los pacientes. Se recomienda seguir las recomendaciones de documentos de consenso, como el publicado en 2015 por la Sociedad Europea de Aterosclerosis (SEA), en el que se recomienda balancear el riesgo beneficio y tener en cuenta la severidad de los síntomas y la presencia o ausencia de miopatía, y en base a todo ello, decidir si suprimir el fármaco y durante que periodo de tiempo, y según la respuesta, decidir si reintroducir la misma terapia, cambiar de estatina, o plantear nuevos fármacos con reducción de c-LDL y eventos cardiovasculares (*ezetimiba e inhibidores de PCSK-9*).

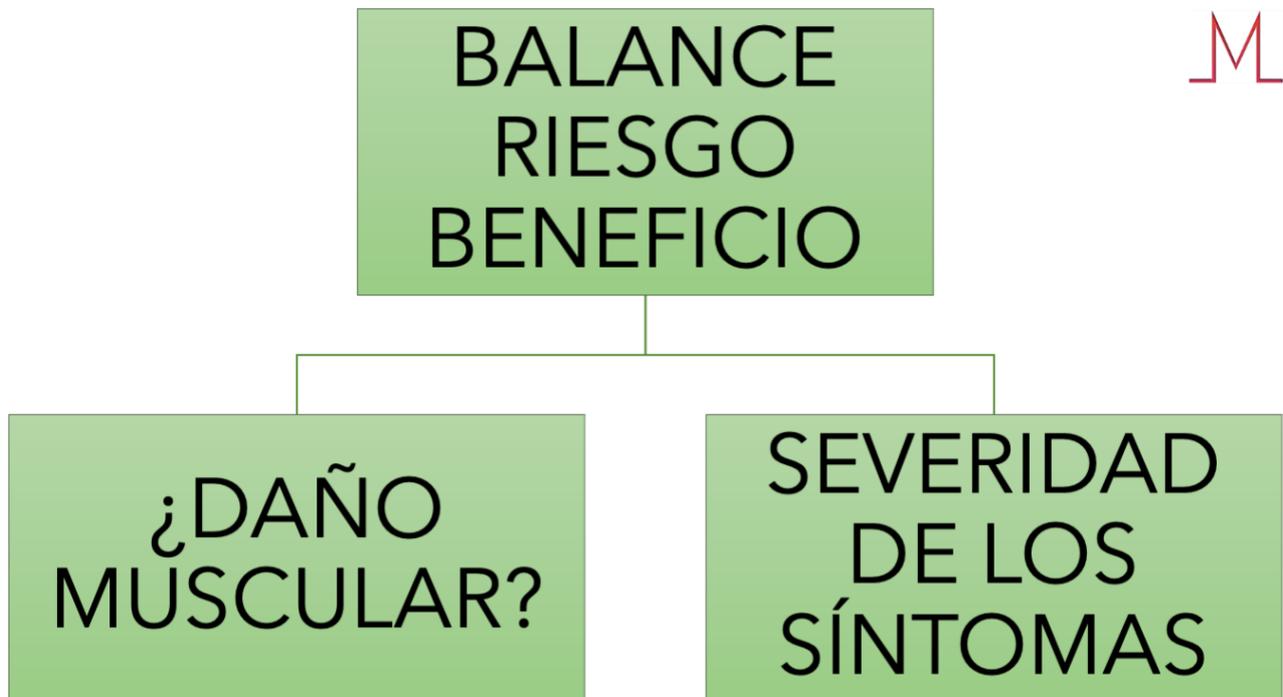


Ilustración 1. Preguntas que formularse para decidir la mejor estrategia en un paciente con dolores musculares y estatinas. Elaboración CAPRIMARIA.

REFERENCIAS

Eur Heart J. 2015 May 1;36(17):1012-22
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25694464/>

BMJ. 2021 Feb 24;372:n135
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33627334/>