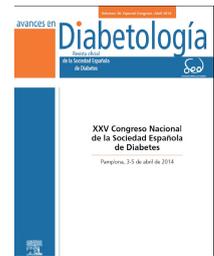




Avances en Diabetología



O-009. - ATEROSCLEROSIS CAROTÍDEA AL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES TIPO 2: PREVALENCIA Y DIFERENCIAS ENTRE SEXOS

E. Ortega Martínez de Victoria^a, M. Catalán Adell^b, Z. Herreras Pérez^b, M. Pinyol Martínez^b, A. Sala Vila^a y R. Gilibert Solé^a

^aHospital Clínic. Barcelona. ^bConsortio de Atención Primaria de Salud del Eixample (CAPSE). Barcelona.

Resumen

Objetivos: La intervención intensiva, multifactorial, y, sobre todo, precoz puede reducir la morbimortalidad cardiovascular en la diabetes tipo 2 (DM2). Sin embargo, existe muy poca información sobre la prevalencia de aterosclerosis al diagnóstico de la DM2 y el modo de evaluarla. Nuestro objetivo fue investigar la presencia de aterosclerosis carotídea preclínica en personas con nuevo diagnóstico de DM2 (NEWDM).

Material y métodos: Estudio transversal de casos y controles (variable GRUPO). Estudiamos NEWDM y personas control sin diabetes, todos ellos sin enfermedad cardiovascular. Usamos la ecografía en modo B para evaluar el grosor de íntima-media-carotídea (GIMC) y la presencia de placa carotídea (PC, GIMC \geq 1,5 mm) en tres territorios: carótida común (CC), bulbo, y carótida interna (CINT).

Resultados: Personas con (n = 102) y sin diabetes (n = 96) fueron apareadas por edad (mediana 62 vs 63 años), sexo (45 vs 47% mujeres), hipertensión (53 vs 55%), tabaquismo activo (18 vs 21%), y dislipemia (40 vs 36%) (todos p > 0,6), respectivamente. La HbA1c mediana (rango intercuartil) era de 6,7% (6,4-7,4%) en DM2. Los valores medios de GIMC-CC (0,803 vs 0,727, p = 0,03), GIMC-BULBO (1,006 vs 0,982, p = 0,15), y GIMC-CINT (0,818 vs 0,727, p = 0,12), y el valor medio de los máximos GIMC-CINT (1,011 vs 0,876, p = 0,04) y el máximo GIMC-CINT (1,160 vs 0,978, p = 0,04) fueron mayores en personas con diabetes. La prevalencia de placa (74% vs 60%, p = 0,03), de 2 o más placas (35% vs 13%, p < 0,001), y de placa en CINT (44% vs 20%, p < 0,001), y de score de placa (suma de la altura máxima de las placas, mediana [rango intercuartil]: 5,4 [3,3-7,3] vs 3,4 [1,8-4,9] mm, p = 0,001) también fue mayor en personas con diabetes comparado con controles, respectivamente. Las mujeres con diabetes presentaron una peor situación de aterosclerosis preclínica carotídea que los hombres con diabetes cuando ambos sexos fueron comparados con sus respectivos grupos sin diabetes. De hecho, varias de las interacciones SEXO*GRUPO testadas cuando evaluamos la asociación entre aterosclerosis (diversas variables de placa y GIMC) y sexo fueron relevantes y/o estadísticamente significativas (valores de p 0,02-0,15). Por ejemplo, la probabilidad de tener placa carotídea en mujeres con diabetes era casi 4 veces superior al de mujeres sin diabetes (OR IC95%: 3,7 [1,4-9,5]), mientras que no hubo diferencias significativas entre hombres con y sin diabetes (OR IC95%: 1,2 [0,5-2,9]).

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de aterosclerosis preclínica (placa y cantidad de placa)

en personas, especialmente mujeres, con diabetes de nuevo diagnóstico. Esta aterosclerosis incipiente presente en el momento del diagnóstico clínico de la enfermedad, apoya una intervención precoz para detener o retrasar la progresión clínica de la enfermedad cardiovascular.