



Avances en Diabetología



P-071. - LA APNEA DEL SUEÑO AUMENTA LAS DISCORDANCIAS ENTRE GLUCEMIA EN AYUNAS Y SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

P. Andrada Álvarez, G. Gutiérrez Buey, J. Escalada San Martín, C. Silva Froján, J. Iriarte Franco, J. Gómez Ambrosi, G. Frühbeck Martínez y J. Salvador Rodríguez

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Resumen

Objetivos: La sobrecarga oral de glucosa (SOG) permite identificar con mayor sensibilidad que la glucemia basal las alteraciones en la tolerancia hidrocarbonada. Los pacientes con obesidad mórbida (OM) presentan riesgo elevado de síndrome de apneas del sueño (SAOS) prediabetes (PD) y diabetes (DM), condiciones que también se encuentran potencialmente relacionadas. El objetivo del estudio es establecer si la presencia de SAOS se asocia a mayor probabilidad de diagnóstico de prediabetes o diabetes para un determinado valor de glucemia en ayunas.

Material y métodos: Se han estudiado un total de 341 pacientes con OM (IMC $46,45 \pm 5,67$ kg/m²) con glucemia en ayunas (GA) inferior a 100mg/dL (n = 165) o inferior a 126 mg/dL (n = 290) agrupados por circunferencia de cintura superior al percentil 75 (CC > 127 cm) o inferior al percentil 25 de la muestra (CC < 110 cm) en los que se midió la respuesta de glucemia e insulinemia a SOG clasificándolos en 4 subgrupos de acuerdo al valor de GA y CC (G1: GA < 100 y CC < 110; G2: GA < 100 y CC > 127; G3: GA < 126 y CC < 110; G4: GA < 126 y CC > 127) y comparando en cada subgrupo los pacientes con SAOS y sin SAOS.

Resultados: Cuando se evalúa la totalidad de pacientes, la SOG diagnostica a un 27% de PD y 22% de DM, que alcanzan cifras de 31% y 26% en el subgrupo de pacientes con SAOS. Los valores en ayunas de glucosa e insulina a lo largo de la SOG fueron indistinguibles entre pacientes sin y con SAOS en G1 y G2. En cambio, en el grupo G4 la existencia de SAOS se asoció a niveles de glucemia más elevados tanto en ayunas ($102,9 + 1,2$ vs $98,1 + 1,6$ mg/dL, $p < 0,05$) como a los 60 y 120 minutos ($152,1 + 4,3$ vs $137,7 + 6,1$ mg/dL, $p < 0,05$). La insulinemia en este grupo también fue superior en los pacientes con SAOS (120 min $125,5 + 7,4$ vs $102,1 + 8,3$ mg/dL, $p < 0,05$). En lo que respecta a la calificación de la tolerancia hidrocarbonada, el porcentaje de individuos normales tras SOG fue similar independiente del SAOS en los grupos G1 (80 vs 68%) y G3 (57 vs 48,8%), mientras que en los grupos G2 (69 vs 84,6%) y G4 (31 vs 50%) la existencia de SAOS se asoció a una reducción en la frecuencia de tolerancia hidrocarbonada normal a expensas de aumento en el número de pacientes con PD (G2 31 vs 7,7%; G4 53 vs 36%).

Conclusiones: La coexistencia de SAOS reduce en 15% la normalidad de la tolerancia hidrocarbonada catalogada por SOG en pacientes con SAOS, CC > 127 cm y GA < 100 mg/dL, y en

19% cuando la GA es < 126 mg/dL, lo que sugiere que en pacientes con estas características la realización de SOG revela alteraciones en la tolerancia hidrocarbonada hasta en un 30% de pacientes previamente calificados de normales desde el punto de vista glucémico por el valor de GA.