



## P-008 - ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2: CARACTERIZACIÓN CARDIOVASCULAR

C.M. Perdomo Zelaya, A. Ezponda, F.J. Mendoza, E. Martínez, S. Pérez, G. Frühbeck y J. Escalada

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Objetivos:** La prevalencia de enfermedad hepática metabólica (EHMet) en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) alcanza hasta un 70-80%. La coexistencia de ambas enfermedades se asocia a mayor fibrosis hepática, que constituye el mayor determinante de complicaciones hepáticas y extra-hepáticas. El objetivo de nuestro estudio es caracterizar la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) subclínica en los pacientes con DM2 y EHMet y compararlo con los pacientes con DM2 sin EHMet.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes que acudieron a una revisión médica entre junio de 2003-diciembre de 2006 y enero de 2010-diciembre de 2018 que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: presencia de DM2, realización de TAC de cuerpo entero y determinaciones analíticas en la fecha que asistieron a la consulta médica. Se excluyeron a los pacientes con antecedente de ECV y enfermedad hepática avanzada. Se valoró la presencia de ECV subclínica mediante la cuantificación de grasa epicárdica ajustada por superficie corporal (GE) y calcio coronario según escala visual (CAC-V).

**Resultados:** De los 56 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 48 pacientes (85,7%) tenían EHMet y 8 pacientes (14,3%) no tenían EHMet. Tenían una DM2 de  $6,5 \pm 6,6$  años de evolución y  $HbA_{1c}$  de  $7,2 \pm 1,0\%$ . Los pacientes con DM2 y EHMet tenían niveles más elevados de marcadores subrogados de ECV en comparación a los pacientes con DM2 sin EHMet: GE,  $106,2 \pm 45,9 \text{ cm}^3$  vs.  $86,4 \pm 33,7 \text{ cm}^3$  ( $p = 0,248$ ); CAC-V,  $3,6 \pm 3,4$  vs.  $1,1 \pm 1,8$  ( $p = 0,008$ ). Adicionalmente, presentaron niveles más elevados de grasa visceral ( $p = 0,062$ ), ratio grasa visceral/grasa subcutánea (0,388), IMC (0,019) y circunferencia abdominal (0,015). Analíticamente, los pacientes con DM2 y EHMet presentaron niveles significativamente más elevados de insulina ( $p = 0,037$ ), HOMA-IR ( $p = 0,042$ ), niveles más bajos de colesterol HDL ( $p = 0,006$ ) y peor función glomerular ( $p = 0,0034$ ). Se encontró una asociación moderada y significativa entre ECV subclínica y grasa visceral, IMC y función renal. Los pacientes con riesgo moderado-alto de ECV presentaron mayor grasa visceral ( $6.066,6 \pm 1.545,1$  vs.  $4.173,1 \pm 1.402,6$ ;  $p = 0,001$ ), mayor IMC ( $31,3 \pm 3,7$  vs.  $28,4 \pm 3,3$ ;  $p = 0,014$ ) y HOMA-IR ( $7,7 \pm 3,2$  vs.  $4,4 \pm 1,2$ ;  $p = 0,001$ ). En comparación a los pacientes con DM2 y GE patológica, los pacientes con DM2 y GE normal presentaron un mayor porcentaje de uso de estatinas ( $45,5\%$  vs.  $18,9\%$ ;  $p = 0,074$ ;  $r = -0,304$ ;  $p = 0,035$ ;) y aspirina ( $54,5\%$  vs.  $21,6\%$ ;  $p = 0,035$ ).

**Conclusiones:** Es fundamental valorar la presencia de EHMet en los pacientes con DM2 dado que la coexistencia de ambas patologías supone un riesgo cardiovascular más elevado en comparación a los pacientes con DM2 sin EHMet. La presencia de ECV subclínica se asocia a la presencia de mayor adiposidad, resistencia a la insulina y peor función renal. Ante la coexistencia de ambas patologías, es necesario ofrecer un tratamiento holístico e intensivo que controle las diversas alteraciones metabólicas.