



Endocrinología y Nutrición



O-005. - ¿POR QUÉ HACER SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA EN PACIENTES CON GLUCEMIA BASAL NORMAL? LA RESPUESTA ESTÁ EN LA GRASA VISCERAL

B. Pérez-Pevida, G. Gutiérrez-Buey, M. Llaveró-Valero, C. Silva, J. Salvador, G. Frühbeck y J. Escalada

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: Existe una clara relación entre la obesidad y la alteración del metabolismo hidrogenado (AMH). Para su diagnóstico es preciso realizar la sobrecarga oral de glucosa (SOG), pero su uso en pacientes con glucemia basal normal (GBN) es controvertido. Por otro lado, el IMC infradiagnostica la prevalencia de obesidad, definida como un exceso de grasa corporal. El estudio único de la glucemia basal puede infraestimar el riesgo de sufrir AMH y el IMC podría ser un estimador rudo de obesidad y no estar asociado con el desarrollo de AMH y/o DM2 en pacientes no diabéticos con GBN, especialmente en aquellos con la composición corporal (CC) alterada.

Objetivos: Describir la prevalencia de AMH en pacientes con GBN. Estudiar si el IMC infraestima la prevalencia de obesidad analizada mediante CC). Estudiar la asociación entre la CC [porcentaje de masa grasa corporal total (%MGCT) y contenido de grasa visceral (CGV)] y la AMH en pacientes con GBN. Estudiar la asociación entre los datos antropométricos y la AMH en pacientes con GBN.

Material y métodos: Se reclutaron 522 pacientes no diabéticos conocidos > 18 años con GBN (≤ 99 mg/dL), en los cuales se llevó a cabo una SOG, antropometría y estudio de CC y CGV, entre los años 2000-2014. Estudio de CC mediante Pletismografía por desplazamiento de aire (Bod-Pod®). Para determinar el CGV se determinó mediante impedancia bioeléctrica mediante el sistema ViScan (Tanita Corp®). Los sujetos fueron clasificados de acuerdo a su IMC y la glucemia a los 120 minutos (G120) según criterios OMS.

Resultados: 66,9% mujeres. Edad media de $30,54 \pm 14,7$ años. La prevalencia de intolerancia hidrogenada y diabetes fue del 21,6% y del 2,7% respectivamente. Un 9,3% de los sujetos clasificados como normopeso y un 97,2% de aquellos clasificados con grado de sobrepeso según IMC presentaban obesidad según %MGCT. El CGV ($r = 0,133$; $p = 0,003$), perímetro (p.) cintura ($r = 0,256$; $p < 0,0001$) e índice cintura/cadera ($r = 0,343$; $p < 0,0001$) se asociaron con una alteración en la G120. No hubo asociación estadísticamente significativa entre IMC, %MGCT, p.cadera, p.cuello ni el índice cintura/talla, con la G120.

Conclusiones: Nuestros datos avalan el bajo valor discriminante del IMC para el diagnóstico de obesidad en comparación con el estudio de CC. Remarcamos la importancia de realizar antropometría y/o estudiar el CGV en la práctica médica diaria, tanto para el diagnóstico como para la toma de decisiones de cara a establecer las medidas oportunas para disminuir el riesgo

cardiometabólico de éstos pacientes. Una GBN no descarta la existencia de AMH ya que en estos pacientes la prevalencia de AMH fue del 24,3%. La no realización de una SOG en pacientes con una distribución de la grasa corporal de predominio visceral, infravalora su riesgo cardiometabólico asociado a la presencia de AMH enmascarada.