



Endocrinología y Nutrición



P-150. - ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN LA DIABETES TIPO 1. RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE TEJIDO ADIPOSO EPICÁRDICO Y LA COMPOSICIÓN DE LAS HDL

C. Colom Comi^a, D. Vilades^b, J.L. Sánchez^b, E. Gómez^b, A. Chico^b, R. Leta^b y A. Pérez^b

^aHospital Dos de Maig-Consorci Sanitari Integral, Barcelona. ^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: La enfermedad cardiovascular es más frecuente y precoz en los pacientes con diabetes tipo 1 (DM1), pero la información disponible sobre los factores implicados en el desarrollo de la arteriosclerosis precoz en la DM1 es insuficiente. El exceso de tejido adiposo epicárdico (EAT) y la disfunción de las partículas HDL se han asociado con mayor potencial aterogénico.

Objetivos: Determinar el volumen de EAT y la composición de las partículas HDL en la DM 1 y evaluar su relación con la presencia de aterosclerosis subclínica. Estudiar la relación del grado de control glucémico y perfil de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), valorados desde el inicio de la diabetes, con la presencia de arteriosclerosis clínica o subclínica en la DM1 de larga evolución, y evaluar potenciales nuevos marcadores/mecanismos implicados en la patogénesis de la misma.

Material y métodos: Estudiamos 72 pacientes con DM1, sin enfermedad cardiovascular clínica (edad $47,1 \pm 8,6$ años, 61% hombres, tiempo evolución diabetes $22,4 \pm 2,2$ años, HbA_{1c} media anual desde diagnóstico $7,2 \pm 0,79\%$). Se evaluó la presencia de lesiones ateroscleróticas coronarias y el volumen del EAT, ajustándolo por superficie corporal (iEAT) mediante tomografía computarizada multidetectora (TCMD). Mediante ecografía-doppler se determinó el grosor de la íntima media carotídeo (GIMccmax). La composición de lípidos y proteínas de la HDL aislada (ultracentrifugación secuencial en el rango de densidad 1.063-1.210 g/ml) incluyó la determinación de colesterol esterificado, colesterol libre, fosfolípidos, triglicéridos, NEFA, apoA-I, apoA-II, y apoE (métodos enzimocolorimétricos o inmunturbidimétricos) y la actividad fosfolipasa A2 asociada a HDL (Lp-PLA2-HDL) Se aplicaron pruebas paramétricas/no paramétricas según la naturaleza de las variables y se creó un modelo de regresión logística binaria para determinar qué factores se relacionaban con la presencia de lesiones.

Resultados: Dos pacientes presentaron lesiones en el TCMD con estenosis > 50%, 4 estenosis entre 40-50%, 30 estenosis < 40% y 36 (50%) no presentaron lesiones. Aquellos con lesiones eran mayores ($51,1 \pm 9,1$ vs $43,2 \pm 6,1$ años; $p < 0,001$), más sedentarios ($31,1$ vs $11,1\%$; $p = 0,025$), la proporción de fumadores/exfumadores era superior ($83,3\%$ vs $44,4\%$; $p = 0,001$) y tenían peor HbA_{1c} durante el seguimiento ($7,4 \pm 0,8\%$ vs $7 \pm 0,7\%$; $p = 0,045$). El iEAT ($48,7 \pm 21,8$ vs $32,3 \pm 19,6$ cc/m² superficie corporal; $p = 0,001$) y el GIMmaxcc ($0,6 \pm 0,2$ vs $0,5 \pm 0,1$ mm; $p = 0,027$) fueron superiores en los pacientes con lesiones. En cuanto a composición de las HDL, los pacientes con lesiones presentaron mayor% de Apo-AII ($10 \pm 1,5$ vs $9,2 \pm 1,4$; $p = 0,027$) y mayor% de LpPLA2-HDL que aquellos sin lesiones [34 ($17,53$) vs 27 ($12,54$), $p = 0,007$]. En el análisis multivariante las

variables que explicaban de forma independiente la presencia de lesiones eran el sexo, la edad, el tabaco y el % de LpPLA2-HDL.

Conclusiones: En la DM1, los FRCV tradicionales explican la mayor parte de la aterosclerosis subclínica, pero el iEAT y la composición de las HDL también se asocian con la presencia de lesiones.