



P-015 - RELACIÓN ENTRE HIPOGONADISMO Y COMPLICACIONES MACROVASCULARES EN VARONES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

A. Herrero Ruiz, A.I. Sánchez Marcos, M. Marcos Martín, J.M. Miralles García y J.J. Corrales Hernández

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: Se ha descrito que el hipogonadismo masculino se asocia con un incremento en la morbimortalidad cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Sin embargo, el posible papel de las complicaciones macrovasculares como factor de riesgo asociado al hipogonadismo es poco conocido.

Objetivos: Analizar la relación bidireccional entre el hipogonadismo y las complicaciones macroangiopáticas en varones con DM2.

Material y métodos: Estudio transversal de 325 varones no seleccionados con DM2. El diagnóstico de hipogonadismo se estableció en base a la adición de criterios clínicos (cuestionario ADAM modificado) y hormonales, efectuados por duplicado. Se determinó la testosterona total (TT) y se calcularon testosterona libre (TL) y biodisponible (TB) mediante la fórmula de Vermeulen. Dado que no está claro el umbral de TT que mejor define el hipogonadismo se analizaron tres: 3,4 ng/ml, 3 ng/ml y 2,3 ng/ml. Los pacientes presentaban una edad media de $64 \pm 10,5$ años, mediana de tiempo de evolución de la DM de 9 años [4-14,5] y HbA1c media $7,7 \pm 1,9\%$, presentando el 49,2% una HbA1c < 7%. Padecían retinopatía el 21,4%, neuropatía el 10,8% y nefropatía el 42,1%. Un 33,5% presentaba macroangiopatía (cardiopatía isquémica 18,2%, isquemia de miembros inferiores 20,6% y accidente cerebrovascular 4,3%). El 8,9% habían presentado dos o más complicaciones macrovasculares.

Resultados: La prevalencia de cardiopatía isquémica fue superior en los pacientes hipogonádicos que en los eugonádicos, observación apreciada con todos los umbrales de TT: con $TT \leq 3,4$ ng/ml: 32,5% vs 17,5%; $p = 0,037$; con $TT \leq 3$ ng/ml: 35,5% vs 17,8%; $p = 0,041$ y con $TT \leq 2,3$ ng/ml: 42,9% vs 19,3%; $p = 0,048$. Estos resultados se confirmaron definiendo el hipogonadismo cuando la TL era $\leq 6,5$ ng/dl: 35,5% vs 18%; $p = 0,049$ o la TB era ≤ 150 ng/dl: 37% vs 17,6%; $p = 0,036$. El análisis de regresión logística univariante mostró que la cardiopatía isquémica aumentaba el riesgo de hipogonadismo (OR 2,54 [1,08-5,93]; $p = 0,049$). El porcentaje de pacientes con dos o más complicaciones macroangiopáticas en hipogonádicos triplicaba el de eugonádicos (28,6% vs 8,7%; $p = 0,041$). No se observaron diferencias en los niveles de testosterona en función de la presencia o ausencia de complicaciones macrovasculares. En el análisis multivariante se mantuvo la relación entre hipogonadismo y cardiopatía isquémica (OR 5,76 [1,34-24,7]; $p = 0,018$), independientemente de otros factores confundidores como la edad, control glucémico, HTA, dislipemia, anemia e

insuficiencia renal crónica.

Conclusiones: La prevalencia de cardiopatía isquémica en los diabéticos con hipogonadismo duplica la detectada en eugonádicos. Por primera vez se describe que la cardiopatía isquémica es un predictor independiente de hipogonadismo en pacientes con DM2.