



Endocrinología y Nutrición



223 - DETRÁS DE LA ALTERACIÓN EN EL METABOLISMO HIDROCARBONADO Y LA CÉLULA BETA: PAPEL PREDICTIVO DE LA GRASA ABDOMINAL (THE DICAMANO STUDY)

B. Pérez-Pevida^a, N. Varela^b, S. Romero^c, J. Núñez Córdoba^d, G. Gutiérrez Buey^e, M. Llaveró Valero^e, J. Gargallo Vaamonde^e, J. Salvador^e, G. Frühbeck^c y J. Escalada^e

^aSection of Investigative Medicine Division of Diabetes, Endocrinology & Metabolism. Hammersmith Hospital. Imperial Centre for Translational and Experimental Medicine. Imperial College London. Reino Unido. ^bRoyal National Orthopaedic Hospital Trust. London. Reino Unido. ^cDepartamento de Endocrinología y Nutrición. Laboratorio de Investigación Metabólica. Clínica Universidad de Navarra. CIBEROBN. Instituto de Salud Carlos III. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Pamplona. España. ^dDepartamento de Bioestadística. Servicio de Apoyo a la Investigación. Unidad Central de Ensayos Clínicos. Clínica Universidad de Navarra. ^eDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe una clara relación entre la obesidad y las alteraciones del metabolismo de hidratos de carbono (AMHc), como la intolerancia a la glucosa (IG) y la diabetes tipo 2 (DM2). La sobrecarga oral de glucosa (SOG) se utiliza para su diagnóstico, pero no se realiza en caso de glucemia basal normal (GBN). Además el IMC infraestima la prevalencia de obesidad, y la distribución de la grasa corporal puede ser crucial para el desarrollo de la AMHc. Por ello, examinamos la asociación entre varios equivalentes antropométricos de grasa visceral y corporal y el desarrollo de AMHc en sujetos con GBN, pudiendo seleccionar aquellos pacientes en los que realizar SOG por resultar costo-efectiva.

Métodos: 522 pacientes no diabéticos > 18 años con GBN (≤ 100 mg/dl) a los que se realizó una SOG con 75 g y concomitantemente un estudio antropométrico [IMC, circunferencia cintura (CC), c. cuello (Cc), índice cintura/cadera (ICC), índice cintura/talla (ICT)] entre 2000-2014. Se clasificó a los pacientes en terciles (T1-T3) de medidas antropométricas (MA). Se estudiaron características clínicas y cardiometabólicas.

Resultados: 66,9% mujeres; $30,54 \pm 14,7$ años; $IMC 34,5 \pm 7,6$ Kg/m²; $CC 108,5 \pm 17,5$ cm; $Cc 39,2 \pm 43$ cm; $ICC 0,94 \pm 0,1$; $ICT 0,65 \pm 0,1$). La presencia de FRCV como HTA, SAOS y dislipidemia fue mayor en T3 vs T1 ($p < 0,05$). Prevalencia global de AMHc 24,3% (21,6% IG; 2,7% DM2), mayor en aquellos pacientes en T3, siendo más evidente en ICC (T1: 14,5%; T3: 39,5%), específicamente en hombres (T1: 18,6%; T3: 50%). Asociación estadísticamente significativa entre el IMC, CC, ICC, ICT y AMHc, tras ajuste multivariable. Estar en T3 del ICC, multiplicó por más de 3 ($OR = 3$ (1,7-5,2); $p < 0,001$) el riesgo de AMHc vs T1, siendo este riesgo aún mayor en hombres ($OR = 3,4$ (1,3-9,0); $p < 0,014$). El comportamiento de la glucosa plasmática durante SOG difirió entre terciles con un pico de glucosa más temprano en T1 (30 min) vs T3 (60 min), reflejando una disfunción temprana de la

célula beta.

Conclusiones: La GBN no descarta la existencia de AMHc, por la alta prevalencia de esta alteración en esta población especialmente en aquellos pacientes en T3. El ICC puede ser útil en el diagnóstico AMHc en pacientes con GBN, en particular en los sujetos masculinos, por lo que podría ser una herramienta útil con el fin de seleccionar aquellos pacientes en los que una SOG debe ser realizada.