



Endocrinología y Nutrición



214 - RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1. FACTORES DETERMINANTES Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE NEUROPATÍA AUTONÓMICA CARDIOVASCULAR SUBCLÍNICA

S. Alonso Díaz^a, S. Redondo López^b, M. Garnica Ureña^b, M. Cortes Peiró^a, E. Fernández Durán^a, E. Benito Martínez^a, E. Santacruz Cerdá^a, M. Luque Ramírez^a, H.F. Escobar Morreal^a y L. Nattero Chávez^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición; ^bServicio de Cirugía Vascul. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. ^cGrupo de Investigación en Diabetes, Obesidad y Reproducción Humana. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM). Instituto de Salud Carlos I. Madrid. España.

Resumen

Introducción: La prevalencia de rigidez arterial (RA) en pacientes con DM1 no es conocida. Además, aunque la disfunción autonómica cardiovascular (DAC) se relaciona con la enfermedad arteriosclerótica en estos pacientes, su plausible relación con la presencia de RA tampoco ha sido explorada. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de RA periférica evaluada mediante el índice tobillo-brazo (ITB) y su asociación con la presencia de DAC evaluada mediante variabilidad del intervalo QRS.

Métodos: Estudio observacional de corte transversal en una serie consecutiva de pacientes con DM1 (n: 65). ITB determinado mediante ecografía doppler. Valores < 0,9 se consideraron diagnósticos de obstrucción arterial y aquellos > 1,2 de RA. La DAC se evaluó mediante variabilidad del intervalo QRS en espiración/inspiración controlada (E/I): afectación parasimpática (PS); tras maniobra de Valsalva (VAL) y en respuesta al ortostatismo (ORT): afectación de predominio simpático (SP).

Resultados: Edad: 37 ± 14 años; IMC: 25 ± 3 kg/m²; Edad al diagnóstico: 15 ± 8 años. Sexo (V/M): 43/22, con la presencia de tabaquismo activo en el 29%. Evolución: 22 ± 11 años; HbA_{1c}: 8,2 ± 1,6%. El 6% (4) de pacientes presentaron valores de ITB < 0,9. Los pacientes con RA presentaban una mayor edad, tiempo de evolución de la DM1, IMC, perímetro abdominal, porcentaje de grasa corporal, TAS y TAD en consulta. De éstos, los principales determinantes de la RA en un modelo de regresión binaria logística (R² Nagelkerke: 0,45, χ^2 : 24,9; p < 0,001) fueron el perímetro abdominal y la TAS en consulta. El 40% (26) presentaban RA (ITB > 1,2). Un 19% (12) presentaban DAC (E/I patológico: 14% (9), VAL: 0% y post: 9% (6). Afectación PS en un 14% (9), mientras que afectación de predominio SP en un 9% (6). El 67% de los pacientes con DAC presentaba RA en ITB (χ^2 : 4,2; p = 0,055). Un 78% (7/9) de los pacientes con DAC de predominio PS asoció RA periférica (χ^2 : 6,0; p = 0,025).

Conclusiones: Nuestros datos preliminares sugieren que en pacientes con DM1 existe una alta prevalencia de RA periférica. Entre sus principales determinantes están el perímetro abdominal y la

TAS. Además, la presencia DAC asintomática de predominio parasimpático se asocia con RA, estableciendo un potencial nexo entre esta última y la presencia de calcificación arterial.