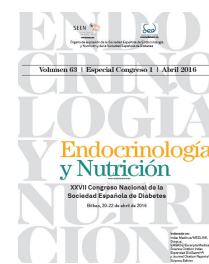




# Endocrinología y Nutrición



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

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

<sup>a</sup>Hospital Dos de Maig-Consorci Sanitari Integral, Barcelona. <sup>b</sup>Hospital 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<sub>1c</sub> 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<sub>1c</sub> 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/m<sup>2</sup> 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.