

EDITORIAL

Adipopatía y disglucemia en la enfermedad metabólica sistémica: hacia un abordaje integral multidisciplinar liderado por el endocrinólogo



Adipopathy and dysglycaemia in systemic metabolic disease: Towards an integrated multidisciplinary approach led by the endocrinologist

Núria Alonso^{a,b,c,*} y María Teresa Julián^{a,b}

^a Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^b Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud Germans Trias i Pujol (IGTP), Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

En la actualidad, la obesidad se considera una enfermedad crónica, compleja, progresiva y recidivante, que representa un importante problema de salud pública. Recientemente, la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO) ha propuesto substituir el término «obesidad» por enfermedad metabólica crónica adiposa (EMCA), subrayando la naturaleza crónica y heterogénea de esta condición, además de incorporar aspectos como la cantidad, distribución y funcionalidad del tejido adiposo (TA)¹. Una comisión global (*Lancet Commission*) ha publicado recientemente una nueva clasificación de la obesidad, respaldada por 58 expertos internacionales de diversas especialidades médicas, que introduce los conceptos de «obesidad clínica» y «obesidad preclínica»². Esta propuesta ha generado controversia y preocupación en diversas sociedades científicas, como la EASO³, debido a los posibles riesgos que podría implicar para el manejo de la obesidad y la atención a los pacientes. La

obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por la inflamación de bajo grado y la disfunción del tejido adiposo, factores que pueden estar presentes mucho antes de que aparezcan las complicaciones clínicas evidentes. La nueva distinción entre obesidad clínica y preclínica podría minimizar la naturaleza progresiva de la enfermedad, retrasando su diagnóstico e intervención. Dado su carácter pandémico, es fundamental que tanto los profesionales de la salud como los pacientes comprendan la obesidad como una enfermedad crónica que requiere un enfoque integral y un tratamiento temprano. Por ello, la implementación de estas nuevas categorías debe abordarse con cautela, evitando que desincentiven la acción precoz o generen confusión en su manejo clínico.

Aunque la obesidad se define como un exceso de grasa corporal, el índice de masa corporal (IMC) se utiliza como un marcador indirecto de esta condición. A nivel poblacional, el IMC es un buen indicador de la obesidad, ya que se correlaciona con el desarrollo de diversas enfermedades y con la mortalidad por todas las causas. Sin embargo, a nivel individual el IMC no ofrece una estimación precisa de la cantidad

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nalonso32416@yahoo.es (N. Alonso).

de grasa corporal. Además, el IMC no proporciona información sobre el tipo de grasa, su distribución ni su función en el organismo. La cantidad total de grasa corporal está más vinculada a las complicaciones metabólicas que el IMC. Así, la grasa visceral se asocia a la disfunción del tejido adiposo ectópico que confiere una asociación más estrecha con el riesgo de enfermedades cardiovasculares (CV) y renales, con independencia de las categorías de IMC. Por esta razón, se han integrado medidas complementarias de la evaluación de la distribución del tejido adiposo (TA) ectópico y visceral (TAV), que son claves en el riesgo de complicaciones metabólicas y cardiovasculares⁴. Se ha establecido una relación estrecha entre la EMCA, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la enfermedad hepática metabólica (EHMet), la dislipemia aterogénica, las afecciones ginecológicas (p. ej., síndrome de ovarios poliquístico, hipogonadismo, cáncer ginecológico, etc.) y las enfermedades inflamatorias sistémicas^{5,6}. El aumento del TA también contribuye a complicaciones biomecánicas, como la apnea obstructiva del sueño y la osteoartritis. Además, la obesidad sarcopénica, caracterizada por la pérdida de masa muscular y función combinada con la presencia de obesidad, exacerba estas complicaciones, aumentando el riesgo de DM2, deterioro cognitivo y osteoporosis⁷. Recientemente, la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE) y la Asociación Americana del Corazón introdujeron el término *Cardiometabolic-Based Chronic Disease* (CMBCD), que destaca la adiposidad y la disglucemia como principales desencadenantes metabólicos. La disfunción del TA y la resistencia a la insulina impulsan la progresión hacia enfermedades cardiovasculares y renales, mientras que el síndrome cardio-renal-metabólico describe las interacciones entre obesidad, diabetes, enfermedad renal y cardiopatías, influenciado por factores biológicos, sociales y ambientales⁸.

Por todo lo expuesto, es evidente que diversas enfermedades (cardiovasculares, renales, inflamatorias, sarcopenia y la EHMet), están estrechamente interrelacionadas, con la adipopatía y la disglucemia desempeñando un papel fundamental en su etiopatogenia y gravedad⁹. El diagnóstico de DM2 actúa como un factor agravante de las complicaciones asociadas a la obesidad. Estas condiciones pueden agruparse bajo el concepto de «enfermedad metabólica multisistémica», en la que la disfunción del tejido adiposo y la disglucemia son elementos centrales.

En la práctica clínica, las complicaciones asociadas a la obesidad y la diabetes suelen ser abordadas de forma independiente por especialistas (cardiólogos, nefrólogos, especialistas en aparato digestivo) o equipos liderados por endocrinólogos. Sin embargo, la coexistencia de estas afecciones en múltiples órganos dificulta tanto la atención médica como el consenso terapéutico. Además, algunos profesionales de la salud abordan la EMCA con estrategias genéricas o influenciadas por tendencias terapéuticas, sin un conocimiento profundo de su fisiopatología. Esto puede comprometer la efectividad y seguridad del tratamiento, especialmente con el empleo de fármacos. Por ello, resulta fundamental adoptar un enfoque integral y personalizado en sujetos EMCA que implique una evaluación sistémica, el cribado de complicaciones y comorbilidades asociadas, y un tratamiento coordinado, individualizado y basado en la evidencia científica. En este sentido, es esencial reivindicar

que los endocrinólogos desempeñen un papel más activo en la detección, diagnóstico y tratamiento de la EMCA, base de muchas complicaciones. Los Servicios de Endocrinología y Nutrición deben adoptar tecnologías avanzadas como ecografía, DEXA/BIA, TC, RMN y elastografía. Además, el endocrinólogo debe liderar el manejo de la EMCA, utilizando terapias de nuestra área del conocimiento como los agonistas de los receptores de GLP-1 y GIP, los inhibidores de SGLT2 y los fármacos hipolipemiantes. Aunque el enfoque sea multidisciplinario, el endocrinólogo puede asumir el rol central, coordinando y derivando a otros especialistas cuando sea necesario, para garantizar un tratamiento integral y personalizado.

El tratamiento debe centrarse en una pérdida de peso sostenida, priorizando la reducción del porcentaje de masa grasa y adaptándose a factores individuales como el sexo y el entorno sociocultural. La adherencia a hábitos cardiosaludables (dieta y ejercicio) y un tratamiento farmacológico adecuado son esenciales. La evidencia respalda que una reducción significativa de la masa grasa reduce el riesgo de complicaciones especialmente en etapas tempranas desde el diagnóstico de obesidad. En nuestro centro, unidades multidisciplinarias como las de insuficiencia cardíaca, EHMet y enfermedad renal diabética cuentan con endocrinólogos, dietistas-nutricionistas y enfermería para implementar estrategias que favorezcan hábitos saludables, control de factores de riesgo CV con un enfoque holístico. Estas unidades promueven la pérdida de peso centrada en la pérdida de masa grasa, preservando la masa libre de grasa (o la masa muscular esquelética), el cribado de complicaciones y comorbilidades y el uso de farmacoterapia basada en evidencia para reducir la morbimortalidad. Además, contamos con un espacio denominado «cocina terapéutica», donde se realizan talleres prácticos con recetas específicas para cada patología, liderados por un cocinero y un dietista-nutricionista, dirigido a la formación, así como a la adquisición de conocimientos culinarios/gastronómicos de las personas con obesidad. Este enfoque busca facilitar la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables a largo plazo¹⁰.

Tradicionalmente, la medicina se ha centrado en tratar enfermedades de forma reactiva. Sin embargo, este modelo debería evolucionar hacia uno centrado en las personas, priorizando un abordaje holístico y multifactorial en el marco de la medicina de precisión. Más allá de la pérdida de peso, el tratamiento debe abordar las complicaciones y comorbilidades asociadas y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con obesidad. Del mismo modo, hay que hacer hincapié en la importancia de otros compartimentos corporales además de la masa grasa, con el objetivo de reducir esta última, preservando la masa libre de grasa y la funcionalidad muscular. Por otro lado, la detección temprana y el tratamiento intensivo de las complicaciones relacionadas con la EMCA pueden prevenir nuevas afecciones y mejorar significativamente los resultados en salud. En este contexto, el endocrinólogo desempeña un papel central en la evaluación y el tratamiento de la EMCA, gracias a su conocimiento de la fisiopatología, su habilidad para la evaluación antropométrica y funcional de las personas con obesidad, y su capacidad para seleccionar las estrategias terapéuticas más adecuadas para cada caso.

Bibliografía

- Frühbeck G, Busetto L, Dicker D, Yumuk V, Goossens GH, Hebebrand J, et al. The ABCD of Obesity: An EASO Position Statement on a Diagnostic Term with Clinical and Scientific Implications. *Obes Facts*. 2019;12:131–6.
- Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025;13:221–62.
- EASO response to the Lancet Commission Report on Obesity Diagnosis and Management [consultado 4 Abr 2025] Disponible en: <https://easo.org/easo-response-to-the-lancet-commission-report-on-obesity-diagnosis-and-management/>
- Le Jemtel TH, Samson R, Milligan G, Jaiswal A, Oparil S. Visceral Adipose Tissue Accumulation and Residual Cardiovascular Risk. *Curr Hypertens Rep*. 2018;20:77.
- Mechanick JI, Farkouh ME, Newman JD, Garvey WT. Cardiometabolic-Based Chronic Disease, Addressing Knowledge and Clinical Practice Gaps: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75:539–55.
- Mechanick JI, Farkouh ME, Newman JD, Garvey WT. Cardiometabolic-Based Chronic Disease, Adiposity and Dysglycemia Drivers: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75:525–38.
- Ciudin A, Simó-Servat A, Palmas F, Barahona MJ. Sarcopenic obesity: a new challenge in the clinical practice. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2020;67:672–81.
- Ndumele CE, Neeland IJ, Tuttle KR, Chow SL, Mathew RO, Khan SS, et al. A Synopsis of the Evidence for the Science and Clinical Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) Syndrome: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2023;148:1636–64.
- Julián MT, Ballesta S, Pera G, Pérez-Montes de Oca A, Soldevila B, Caballería L, et al. Abdominal obesity and dysglycemia are risk factors for liver fibrosis progression in NAFLD subjects: A population-based study. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023;13:1051958.
- Projecte Rutixef. Último acceso 15 noviembre 2024. Disponible en: <https://hospitalgermanstrias.cat/es/projecte-rutixef>