



Endocrinología y Nutrición



P-127. - Aterosclerosis carotídea en pacientes con diabetes tipo 1 de elevado riesgo cardiovascular seguidos desde el debut en una unidad especializada

E. Ortega^a, A.J. Amor^a, M. Cabrer^b, M. Giménez^a e I. Conger^a

^aHospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ^bHospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Objetivos: A pesar de que la diabetes tipo 1 (DM1) se asocia a un incremento notable de la morbi-mortalidad cardiovascular, existe poca información sobre la aterosclerosis preclínica de pacientes clasificados de alto/muy alto riesgo según las guías actuales. Nuestro objetivo fue evaluar la aterosclerosis carotídea en este subgrupo de pacientes y estudiar los factores asociados.

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes con DM1 seguidos desde el debut, sin enfermedad cardiovascular (ECV) previa, con > 40 años y > 20 años de evolución de diabetes, con al menos un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) adicional: retinopatía y/o nefropatía diabética, hipertensión arterial, tabaquismo activo, dislipemia, antecedentes familiares de ECV prematura, HbA1c media > 8% en los últimos 5 años, o presencia de hipoglucemias graves de repetición/hipoglucemias desapercibidas. Se determinó el grosor de la íntima-media (GIM) y las placas (GIM > 1,5 mm) de todos los territorios carotídeos mediante ecografía. Se usó el GIM de la carótida común (GIM-CC) > percentil 75 de la población de referencia española, así como la presencia de placa como marcadores de aterosclerosis subclínica/preclínica.

Resultados: Se evaluaron 46 pacientes (61% mujeres, edad media $51,7 \pm 7,5$ años, tiempo de evolución de diabetes $24,8 \pm 2,6$ años). El 52% presentó un GIM-CC > percentil-75 y un 44% placa carotídea (67% con al menos una de las 2 características; sin diferencias entre sexos). Los pacientes con aterosclerosis subclínica/preclínica presentaron mayor edad ($53,5 \pm 7,6$ vs $48 \pm 5,9$ años), menor cHDL (59 ± 15 vs 72 ± 14 mg/dL), mayor cociente colesterol total/cHDL ($3,1[2,7-3,8]$ vs $2,7[2,5-2,9]$) y mayor prevalencia de dislipemia (65 vs 27%, p 0,05). En un análisis multivariante, tanto el cHDL (OR 0,932, IC95% [0,886-0,981]) como la edad ($1,197[1,035-1,384]$) se asociaron de forma independiente.

Edad (años)	$51,7 \pm 7,5$
Sexo (Mujer)	28 (60,9%)
Edad debut DM1 (años)	$26,7 \pm 8,6$
Evolución de DM1 (años)	$24,8 \pm 2,6$

Uso de ISCI	14 (30,4%)
Hipoglucemias graves/desapercibidas*	15 (32,6%)/5 (12,5%)
Retinopatía diabética	11 (23,9%)
Nefropatía diabética	5 (10,9%)
Hipertensión arterial	7 (15,2%)
Tabaquismo activo	12 (26,1%)
Dislipemia/Uso estatinas	24 (52,2%)/21 (45,7%)
Antiagregación	6 (13%)
Antecedentes familiares de ECV prematura	7 (15,2%)
IMC (Kg/m ²)	26,1 ± 3,9
PAS/PAD (mmHg)	127,5 ± 14,6/78,4 ± 9,0
HbA1c media últimos 5 años (%)	8,0 ± 0,8
Colesterol total (mg/dL)	188 ± 28
Triglicéridos (mg/dL)	74 (56-99)
cLDL/cHDL (mg/dL)	107 ± 20/63 ± 16
GIM-CC medio (mm)	0,695 ± 0,116
GIM-CC máximo (mm)	0,850 ± 0,141
Placa carotídea	20 (43,5%)
> 1 placa	8 (17,4%)

Datos expresados como media \pm desviación estándar, mediana (rango intercuartil) o n (porcentaje). *No se disponen datos de 6 pacientes. IMC: índice de masa corporal; ISCI: infusión subcutánea continua de insulina; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica.

Conclusiones: En nuestra muestra de DM1 de larga evolución y FRCV adicionales se evidencia una elevada prevalencia de aterosclerosis preclínica, justificando la implementación de medidas preventivas intensivas para reducir la incidencia de ECV en este subgrupo.