

DISLIPIDEMIA DIABÉTICA

DIABETIC DYSLIPIDEMIAS

DRA. ADA CUEVAS M., MSc (1), DR. RODRIGO ALONSO K, PhD (1)

(1) Departamento de Nutrición. Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: acuevas@clinicalascondes.cl

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de morbimortalidad en los pacientes diabéticos y uno de los principales factores de riesgo son las dislipidemias. Estos pacientes presentan un patrón de alteraciones lipídicas caracterizadas por elevación moderada del colesterol LDL, con aumento de las partículas de LDL densas y pequeñas, incremento de triglicéridos y reducción del colesterol HDL (dislipidemia aterogénica).

Las diversas guías de manejo de dislipidemias coinciden en que la reducción del colesterol LDL, es el principal objetivo terapéutico en estos pacientes. Así entonces, las intervenciones terapéuticas deben considerar, además de las modificaciones del estilo de vida, el uso de estatinas como droga de primera elección. Diversos estudios han evidenciado la gran efectividad de las estatinas en la reducción de eventos cardiovasculares en pacientes diabéticos. Sin embargo, en muchos casos es necesario el uso de otros fármacos asociados, principalmente ezetimibe y algunos fibratos con el fin de optimizar los niveles de lípidos plasmáticos y reducir el riesgo cardiovascular residual.

Palabras clave: Diabetes, dislipidemia, colesterol, estatinas, tratamiento.

SUMMARY

Cardiovascular diseases are the main cause of morbi-mortality in diabetic patients and the dyslipidemias are one of the main risk factors. Diabetic patients exhibit different lipid abnormalities including increase of LDL cholesterol, with predominance of small dense LDL particles, increase of triglycerides and low HDL-cholesterol plasma levels.

Different lipid guidelines have established that LDL cholesterol is the primary therapeutic target for diabetic patients. Therefore, in addition to lifestyle modifications, statins are the first line drug in these patients, and several studies have shown the effectiveness of statins in reduction of cardiovascular events in these patients. Nevertheless, in several cases, it is necessary to associate additional drugs, including ezetimibe and/or fibrates in order to optimize the lipid levels and reduce the cardiovascular residual risk.

Key words: Diabetes, dyslipidemia, cholesterol, statins, treatment.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV) especialmente coronaria es la principal causa de muerte en los pacientes con diabetes mellitus (DM). Hasta el 80% de los diabéticos fallecerá por esta razón (75% de enfermedad coronaria y 25% de enfermedad cerebrovascular o complicaciones vasculares periféricas), y en un porcentaje similar las complicaciones cardiovasculares suponen el motivo más común de hospitalización en estos pacientes. De forma global, según el *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS), el 50% de los pacientes con diabetes tipo 2 presenta complicaciones cardiovasculares en el momento del diagnóstico (1). Los pacientes diabéticos tienen un riesgo 2 a 4 veces mayor de padecer Ictus (enfermedad cerebrovascular) y de morir de enfermedad coronaria que los sujetos no diabéticos (2, 3). Por otra parte, existe cierta evidencia de que el riesgo cardiovascular en los pacientes diabéticos sin antecedentes

de cardiopatía isquémica es similar a la de los sujetos no diabéticos con antecedentes previos de infarto (4). La hiperglicemia no explica todo el riesgo CV en los diabéticos ya que un control glicémico intensivo no se asocia a una reducción importante en los episodios cardiovasculares o en la mortalidad (5).

ALTERACIONES LIPÍDICAS EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

El patrón lipídico característico de la diabetes tipo 2 consiste en un aumento de la concentración de triglicéridos, disminución en los niveles de colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) y aumento en el número de lipoproteínas de baja densidad (LDL) pequeñas y densas (6) (Tabla 1). Las concentraciones de colesterol total y del colesterol transportado por las lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) no suelen estar aumentados. Los niveles de triglicéridos suelen tener una buena correlación con el control glicémico;

TABLA 1. ALTERACIONES LIPOPROTEICAS Y ENZIMÁTICAS EN LA DISLIPIDEMIA DIABÉTICA

Colesterol total	Normal o discretamente aumentado.
Triglicéridos	Aumentados.
Lipoproteínas de baja densidad	c-LDL normal o discretamente aumentado. Aumento de partículas pequeñas y densas.
Lipoproteínas de alta densidad	c-HDL bajo. Disminución del número de partículas. Aumento del contenido en triglicéridos.
Lipoproteínas ricas en triglicéridos	Aumento del número de partículas. Aumento del contenido en colesterol y triglicéridos. Aumento de lipemia postprandial.
Apolipoproteína B	Aumento de síntesis hepática. Aumento de concentración plasmática (>120mg/dL)
Apolipoproteína A1	Disminución de síntesis hepática. Aumento en eliminación renal. Disminución concentración plasmáticas.
Enzimas	Aumento actividad CETP. Aumento actividad Lipoprotein-lipasa endotelial

es decir, suelen disminuir con un adecuado control de la diabetes mellitus. Por otra parte, el predominio de partículas LDL pequeñas y densas (patrón B), se asocia con los niveles de triglicéridos, especialmente cuando estos están sobre los 150mg/dl (7). Estas alteraciones lipídicas también conocidas como dislipidemia aterogénica, suelen preceder al diagnóstico de la diabetes en aquellos sujetos con factores de riesgo como la obesidad central y la resistencia a la insulina. En la dislipidemia diabética también se observa frecuentemente aumento en la concentración de la apolipoproteína B (ApoB) por sobre 120mg/dl, en el colesterol transportado por las partículas remanentes y por las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), y aumento en la actividad enzimática de la proteína transferidora de ésteres de colesterol (CETP) y de la lipoprotein-lipasa (6).

PREVALENCIA DE DISLIPIDEMIA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

La hipertrigliceridemia es la dislipidemia más prevalente en la diabetes mellitus. En un estudio realizado en una población de 2.500 pacientes con diabetes tipo 2, cerca del 50% de los pacientes tuvo concentraciones de triglicéridos superiores a 150mg/dl y uno de cada cuatro los tenía por sobre 200mg/dl (7). Por otra parte, en el estudio Framingham la prevalencia de hipercolesterolemia (>Percentil [P] 90) en varones (9%) y mujeres (15%) con diabetes tipo 2 fue similar a la de la población no diabética y la prevalencia de hipertrigliceridemia por sobre el P₉₀ fue del 18%, más del doble de la hallada en la población sin diabetes (2).

La prevalencia de colesterol HDL bajo (<P₁₀) fue superior al 20% tanto en varones como en mujeres diabéticas, aproximadamente el doble que en los no diabéticos. Frecuencias similares se han descrito en el estudio UKPDS, con la única diferencia que el colesterol total y LDL fue más alto en las mujeres diabéticas comparadas con las no diabéticas (8).

PATOGENIA DE LA DISLIPIDEMIA DIABÉTICA

Los pacientes con diabetes tipo 2 suelen tener obesidad de predominio central concentrando el exceso de grasa a nivel abdominal y visceral. El aumento de la grasa abdominal se asocia con insulinoresistencia, hiperinsulinemia y dislipidemia aterogénica.

El mecanismo de la resistencia a la insulina inducida por la grasa visceral está mediado en parte por la liberación por parte del tejido adiposo de adipocinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y la interleukina 6 (IL-6) (6). Producto de la resistencia a la insulina, se produce

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830010>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830010>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)