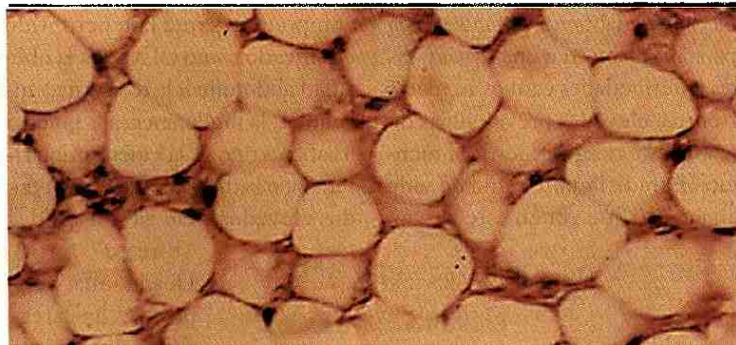




C I E N C I A



VISTAS MICROSCÓPICAS DE TEJIDO ADIPOSITO



Obesidad e hipertensión arterial son algunas de las alteraciones clínicas del llamado Síndrome Metabólico, recientemente analizado en Madrid en las jornadas “Nuevas aproximaciones al Síndrome Metabólico” –organizadas por el VIII Simposio Científico de la Fundación Lilly– y en la Semana Marañón, que hoy finaliza en la Fundación Ramón Areces. Los doctores José Antonio Gutiérrez y Miguel A. Rubio, ambos investigadores del Estudio DRECE, analizan las características de este fenómeno.

Síndrome Metabólico

Claves del enemigo público número uno de la salud

ESTÁ ampliamente reconocido que las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de mortalidad en el mundo desarrollado. Durante las últimas décadas se han identificado y divulgado los principales factores implicados en esta patología. ¿Quién no reconoce, o ha oído, que el aumento del colesterol “malo” (LDL), la hipertensión, la diabetes mellitus, fumar o el exceso de peso se asocian a un mayor riesgo cardiovascular?; y por el contrario, ¿que mantener una alimentación saludable, rica en verduras, frutas, pescados, vino, frutos secos, legumbres, aceite de oliva y baja en grasa saturada, junto a una actividad física regular, previene o retrasa la aparición de un infarto de miocardio o una trombosis cerebral, como manifestaciones más frecuentes de las enfermedades cardiovasculares?

Cuestión diferente es que no podamos alterar el paso del tiempo (la edad), nuestra asignación genética de género, o la herencia que nos predispone a padecer determinadas enfermedades. Estas condiciones unidas a la dificultad en llevar a la práctica un adecuado estilo de vida son las que condicionan el incremento progresivo de las enfermedades crónicas.

Un mecanismo común. Que los factores de riesgo tienden a agregarse es algo reconocido hace mucho tiempo. Ya a principio del siglo XX, el médico sueco Eskil Kylan y el español Gregorio Marañón describieron la asociación entre hipertensión, diabetes del adulto y gota. Ambos presentaron entonces pacientes en los que coincidían estas enfermedades en un mismo cuadro clínico, y sugirieron la existencia de un meca-

nismo causal común, dando origen a lo que con el tiempo sería el concepto de Síndrome Metabólico (SM). De hecho, parece que la existencia de niveles elevados de insulina (hiperinsulinemia), relacionada con la existencia de resistencia insulínica, se halla directamente vinculada a la hipertensión arterial en el SM, aunque la razón última para explicarlo aún no esté aclarada. Más aún, subsiste la duda sobre la existencia de un único mecanismo causal que explique el desarrollo de todas las manifestaciones del SM.

El SM, como hoy se admite, es un agregado en el tiempo de alteraciones clínicas comunes que incluyen obesidad, resistencia insulínica, intolerancia a la glucosa (diabetes tipo 2), hipertensión arterial y dislipidemia (triglicéridos elevados y colesterol-HDL, “bueno”. bajo). De acuerdo con estos cri-

terios, el SM es muy prevalente y se asocia con un riesgo elevado para las enfermedades cardiovasculares arterioescleróticas

Exceso de grasa. Hoy, la evidencia científica disponible, orienta a que el eje central del SM reside en la acumulación de grasa abdominal, concretamente en la que se almacena alrededor de las vísceras (intestinos, riñones, bazo, hígado), y no tanto la que se encuentra debajo de la piel. El exceso de la grasa que rodea a las vísceras dentro del abdomen, parece que se comporta de una manera “más agresiva” desde el punto de vista metabólico. Es decir, ese tejido adiposo es capaz de liberar sustancias que, circulando por la sangre, motivan que las células se hagan insensibles a la acción de la insulina –“resistencia a la insulina”–; que se produzcan alteraciones infla-

matorias en las paredes de las arterias, deteriorando su funcionamiento y acelerando la arteriosclerosis; o que la sangre adquiera una mayor predisposición a formar coágulos.

Por ello, la manera más práctica de realizar una primera aproximación para determinar si una persona encaja en el concepto del SM, consiste simplemente en medir el perímetro de la cintura con una cinta métrica. Cada uno, individualmente en su casa, puede hacer esta medición, de manera que si la circunferencia de la cintura es mayor o igual a 102 cm. en el hombre, y mayor o igual a 88 cm. en la mujer, podemos afirmar que existe un acúmulo excesivo de grasa a nivel abdominal. Esta tipología de "tripa cervecera", es más característica entre los hombres, y guarda relación incuestionable con la genética y las hormonas. No es inusual que en la mujer, tras el periodo menopáusico, se produzca una redistribución de la grasa, con mayor prominencia en el abdomen, como consecuencia de la disminución de los estrógenos —hormonas femeninas— en favor de un predominio de hormonas más androgénicas.

Enfermedad cardiovascular. La importancia del SM se basa en su elevada morbilidad y mortalidad, fundamentalmente por la presencia de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular. Para entender la dimensión del problema, debemos tener en cuenta el impacto negativo que sobre la salud tienen estas dos enfermedades. Mientras que la diabetes mellitus tipo 2 afecta a más de 120 millones de personas en el mundo, las enfermedades cardiovasculares responden del 30,9% de todas las muertes y suponen el 10,3% de la carga total de enfermedad. En los EEUU casi un cuarto de la población padece de enfermedad cardiovascular y no menos de un millón fallecen anualmente por esta causa.

En las últimas décadas el SM se ha convertido en un problema de salud pública de primer orden, tanto en sociedades avanzadas como en aquellas en desarrollo, debido a su alarmante incidencia no sólo entre adultos de ambos sexos, sino también entre la población joven y los niños. Su extensión está directamente asociada con la del estilo de vida "occidental", caracterizado por la falta de ejercicio físico, el exceso de ingesta calórica, y consecuentemente, el aumento del sobrepeso y la obesidad.

La frecuencia del SM en la población general es paralela a la prevalencia de obesidad. España, después del Reino Unido, es el país con la tasa de obesidad más elevada en la Unión Europea (14,5%), por lo que la frecuencia de SM se en-



cuentra también aumentada. En el estudio prospectivo "Dieta y Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en España" (DRECE), que viene observando desde 1990 una cohorte de 5.000 personas a través de 52 Centros de Salud en toda España, se ha estimado que un 24% de la población española entraría dentro de la definición de SM, una tasa similar a la población blanca (no hispana) de EEUU. Este porcentaje se incrementa con la edad, estando presente en más del 40% de

los sujetos por encima de los 50 años. Desde un punto de vista de salud pública estas cifras resultan alarmantes y ello debe implicar la toma de algún tipo de medida preventiva. Sin embargo, y de momento, en España el valor predictivo del SM respecto a padecer enfermedades cardiovasculares, no se corresponde con la relativamente reducida presencia de éstas.

Cambio de hábitos. Lo que sucede, como pone de manifiesto el estudio DRECE, es que nuestra población se mantiene, por ahora, en la paradoja de mostrar unas bajas tasas de enfermedades cardiovasculares frente a elevadas prevalencias de factores de riesgo. Nuestra alimentación tradicional y estilo de vida algo tiene que ver en este hecho,

La importancia del Síndrome Metabólico se basa en su elevada morbilidad y mortalidad, fundamentalmente por la presencia de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular

pero no conviene relajarnos pensando que tenemos un escudo protector de por vida. El estudio DRECE, desde hace algunos años, viene advirtiendo un cambio de rumbo en nuestros hábitos alimentarios y estilo de vida que, con gran probabilidad, nos pasará factura en el futuro. No olvidemos que la arteriosclerosis y las enfermedades cardiovasculares son enfermedades de muy lenta evolución, que sólo se manifiestan transcurridas décadas.

Ahora bien, conviene tener claro que el ser sujeto del diagnóstico de SM, no debe suponer una etiqueta de enfermedad que pueda marcar para toda la vida y/o pueda conllevar actuaciones erróneas. Porque, aún hoy, subsisten controversias sobre el mejor uso y manejo del concepto de SM. Así, por ejemplo, no siempre la obesidad abdominal se asocia a re-

sistencia a la insulina y factores de riesgo cardiovasculares, y no es infrecuente observar cómo personas con obesidad abdominal presentan una presión arterial normal, no son diabéticos, ni manifiestan alteraciones analíticas.

Pero, que el enfoque no pueda universalizarse a todos los que cumplen criterios para ser considerados SM, tampoco debe alejarnos de la realidad de la existencia entre ellos de un riesgo elevado, y de que, en cada caso, deberemos considerar la necesidad de tratar cada uno de los componentes que han permitido clasificarlo como tal, ya sea la obesidad abdominal, la resistencia insulínica, la intolerancia a la glucosa (diabetes tipo 2), la hipertensión arterial y/o la dislipidemia (triglicéridos elevados y colesterol-HDL -

"bueno"-bajo). Desde una perspectiva clínica, clasificar a una persona de SM debe servirnos como una señal de alerta de que probablemente el riesgo cardio-

vascular esté incrementado. A partir de ello, una actuación diligente se debe centrar en identificar y evaluar todos los factores de riesgo conocidos, incluyendo aquellos que, curiosamente (y no sabemos bien por qué), no se incluyen en el concepto del SM, como el aumento del colesterol-LDL o ser fumador.

En cualquier caso, controlar el peso, mantener una alimentación saludable siguiendo nuestro patrón mediterráneo, propiciar una vida activa y actuar enérgicamente frente a los factores de riesgo cardiovasculares de manera individual, es la actitud que debemos recomendar. Mientras tanto, debemos seguir intentando conocer mejor el SM y cada una de las enfermedades que lo conforman.

M. A. RUBIO/J. A. GUTIÉRREZ