

El tipo de grasa condiciona el riesgo del peso en diabetes

La ganancia de peso en diabéticos es una de las batallas que endocrinólogos y pacientes libran para reducir el riesgo cardiovascular. El tratamiento insulínico provoca una ganancia de peso, pero el riesgo asociado difiere si la grasa ganada es visceral o subcutánea.

Alberto Bartolomé. San Francisco 11/06/2008

El 80 por ciento de los diabéticos tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad, lo que incrementa considerablemente su riesgo cardiovascular y aumenta su resistencia a la insulina. Se estima que el efecto en la hemoglobina glicosilada de que un paciente obeso pierda entre el 5 y el 10 por ciento de su peso es similar al que produce un fármaco oral.

Los tratamientos tradicionales para la diabetes -excepto la metformina y los nuevos fármacos- suelen ir unidos a una ganancia de peso y el tratamiento insulínico es, con diferencia, el que más afecta al peso del enfermo, como ya demostró el estudio Ukpds, que observó que cada reducción de un punto de hemoglobina glicosilada en los enfermos iba unida a una ganancia de peso de dos kilogramos aproximadamente. Todos estos hechos han llevado a que en los estudios realizados para valorar las nuevas insulinas se tenga en cuenta el peso como uno de los factores que se deben analizar.

El estudio Predictive -realizado para valorar Levemir frente a Neutral Protamina Hagedon (NPH) e insulinas rápidas- mostró que Levemir podía no aumentar el peso de los pacientes. Para analizar mejor este efecto se desarrolló el estudio Predictive IMC que tenía como principal objetivo valorar cómo afectaba esta insulina al peso. Un equipo del Hospital Virgen de la Victoria, de Málaga, dirigido por Francisco Tinahones, jefe de Endocrinología del centro, y en el que ha participado Valdomera Martínez Alfaro, ha realizado esta ampliación del Predictive y ha presentado sus conclusiones en la LXVIII Reunión Anual de la Asociación Americana de Diabetes, que se celebra en San Francisco.

La cuestión es ¿dónde?

"Cuando el peso de un diabético aumenta, ¿dónde se produce? Porque no es lo mismo un kilo o kilo y medio de líquido extravascular, que apenas tiene importancia, que si es de grasa troncal, que sí es importante como factor de riesgo", explica Tihahones, y añade que no todo el tejido adiposo tiene el mismo valor, "ya que son diferentes los productos hormonales y los mediadores inflamatorios producidos por la grasa visceral y la subcutánea; la más iatrogénica es la grasa visceral".

El equipo malagueño no sólo analizó la ganancia o pérdida de peso de los pacientes tratados con Levemir o NPH, sino que midió su composición corporal. "Realizamos densitometrías (DEXA) de cuerpo completo para medir los niveles de masa magra y grasa al inicio del estudio, a los tres meses y al finalizar en un grupo de 14 pacientes. Observamos que los enfermos tratados con NPH ganaron peso por aumento de masa grasa, principalmente a nivel abdominal. El grupo de Levemir

perdió peso a costa de grasa y, lo que es más importante, el descenso se produce en la grasa troncal visceral", ha explicado Jorge García Alemán, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Virgen de la Victoria. "Este hecho es importante, ya que no sólo es capaz de controlar la glucosa, sino también la grasa abdominal, que es la más peligrosa".

No hay insulinas diseñadas para bajar el peso, por lo que fue una sorpresa en las fases II y III del estudio, para la que aún no existe explicación. Se consideran algunas hipótesis, como que "las nuevas insulinas bajan las hipoglucemias, lo que reduce la ingesta en los enfermos, o el efecto en los receptores de la glucosa, que aumenta el metabolismo hepático", ha dicho José María García Almeida, del Servicio de Endocrinología del hospital malagueño.

"La ganancia de peso aumenta la resistencia a la insulina y eleva el estrés oxidativo, lo que favorece la progresión de lesiones ateroscleróticas y el aumento de la tensión arterial. Los diabéticos tienen un riesgo coronario similar a las personas que han sufrido un infarto; por eso, el control de los factores de riesgo cardiovascular al igual que el del peso es importante", según Francisco Javier Vilchez López, otro de los autores del estudio.

Los resultados esperanzadores de este estudio han animado a Tinahones a ampliarlo: "En septiembre empezaremos otro ensayo para observar si existen diferencias en la ganancia de peso en la grasa troncal. Queremos saber, no sólo mediante densitometrías, sino también con resonancias, si esta grasa troncal es abdominal, visceral o se concentra en el hígado".

CONEXIÓN APNEA Y DIABETES

El Grupo de Trabajo de Epidemiología de la Federación Internacional de Diabetes ha alertado, en la reunión de la Asociación Americana de Diabetes, de la estrecha relación entre diabetes y apnea obstructiva del sueño. "Mientras que la diabetes es reconocida como una epidemia global, no pasa lo mismo con la apnea", ha dicho Paul Zimmet, director del Instituto Internacional de la Diabetes de Melbourne, en Australia. Un 40 por ciento de las personas con apnea del sueño padecen diabetes. "La relación entre ambas patologías aún no se conoce bien", según George Alberti, presidente de la Federación Internacional de Diabetes.

"Diabetes, enfermedad cardiovascular y apnea parece que son aspectos de un mismo hecho". Recomienda por tanto cribados para detectar la apnea en la diabetes tipo 2, sobre todo cuando hay síntomas clásicos como ronquidos fuertes y sueño diurno. Se aconseja reducir el peso en los obesos, eliminar la ingesta de alcohol y terapia con mascarilla (CPAP). Es de esperar que cuando se reduzca la apnea, el control glucémico de estos enfermos será mejor.