

## Alteraciones de la homeostasia de la glucosa y síndrome coronario agudo

### Sra. Editora:

Hemos leído con interés el artículo de Monteiro S et al<sup>1</sup> acerca de la utilidad pronóstica de la variación de la glucemia durante la hospitalización por síndrome coronario agudo (SCA). Los autores realizan un análisis retrospectivo de 1.210 pacientes, dividiendo la muestra en dos grupos (diabéticos y no diabéticos). El análisis de regresión logística indica que la mayor magnitud de la variación de la glucemia es un factor predictivo independiente para las variables posteriores al alta en los pacientes no diabéticos.

Sin embargo, se sabe que hasta un 50% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no han sido diagnosticados debido a que permanecen asintomáticos durante años. Los autores no aportan información acerca de la prevalencia de diabetes oculta o incidencia de diabetes en el subgrupo de pacientes sin diabetes conocida, en los que las implicaciones pronósticas de la magnitud de la variación de glucemia fueron más relevantes. Tampoco hacen referencia a otras anomalías del metabolismo de la glucosa, como «glucemia alterada en ayunas» (GAA) y «tolerancia disminuida a la glucosa» (TDG). Estudios previos demostraron que al realizar una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) en pacientes con infarto agudo y sin diabetes diagnosticada, el 65% presentaba una regulación anormal de la glucosa (el 25%, diabetes no

diagnosticada; el 40%, GAA), una proporción superior que entre los controles sanos de edad y sexo similares, de los que el 65% tenía una regulación normal de la glucosa<sup>2,3</sup>. En el registro Euro Heart Survey, se identificó un 22% de diabetes no diagnosticada en pacientes ingresados por SCA al realizarse PTOG<sup>4</sup>. Estos datos indican que el total de DM2 entre los pacientes con SCA podría alcanzar un 45%. Así, casi un 20% de los pacientes no diabéticos del trabajo de Monteiro S et al podrían ser reclassificados en diabéticos o sujetos con alteraciones de la homeostasia de la glucosa (GAA o TDG). Las implicaciones pronósticas de dichas alteraciones también han sido establecidas. La evidencia más convincente de la relación entre tolerancia anormal a la glucosa y riesgo de cardiopatía isquémica procede del estudio DECODE, en el que se realizó un análisis conjunto de datos procedentes de 10 estudios prospectivos europeos con más de 22.000 sujetos<sup>5</sup>. Las tasas de muerte por todas las causas, enfermedad cardiovascular (ECV) y cardiopatía isquémica fueron superiores en los pacientes diagnosticados mediante PTOG que en quienes no cumplían este criterio. La relación entre glucosa plasmática tras 2 h de sobrecarga y mortalidad fue lineal; no se observó dicha relación con la glucemia plasmática en ayunas. Sobre la base de estos estudios, la Sociedad Europea de Cardiología y la Asociación Europea para el estudio de la Diabetes recomiendan la realización de PTOG en sujetos con ECV, con el objetivo de diagnosticar estadios iniciales de hiperglucemia y DM2 oculta (recomendación de clase I; nivel de evidencia B)<sup>6</sup>. Invitamos a los autores del trabajo a analizar el estado glucometabólico de los sujetos incluidos mediante PTOG, así como a estudiar la relación entre la magnitud en la variación de la glucemia y la respuesta a PTOG. De confirmarse una asociación entre ambos parámetros, la mayor magnitud de variación de la glucemia podría no sólo identificar a sujetos con mayor riesgo de eventos posteriores, sino también ayudar a establecer medidas agresivas de prevención en sujetos que desconocían su estado diabético; las personas con TDG podrían beneficiarse de cambios del estilo de vida o tratamiento farmacológico para reducir o retrasar la evolución de la diabetes<sup>7</sup>.

Amelia Carro y Jesús M. de la Hera  
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias.  
Oviedo. Asturias. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Monteiro S, Gonçalves F, Monteiro P, Freitas M, Providência LA. Magnitud de la variación de la glucemia: ¿Un nuevo instrumento para la evaluación del riesgo en el síndrome coronario agudo? *Rev Esp Cardiol*. 2009;62:1099-108.

2. Norhammar A, Tenerz A, Nilsson G, Hamsten A, Efendic S, Rydén L, et al. Glucose metabolism in patients with acute myocardial infarction and no previous diagnosis of diabetes mellitus: a prospective study. *Lancet*. 2002;359:2140-4.
3. Bartnik M, Malmberg K, Hamsten A, Efendic S, Norhammar A, Silveira A, et al. Abnormal glucose tolerance—a common risk factor in patients with acute myocardial infarction in comparison with population-based controls. *J Intern Med*. 2004;256:288-97.
4. Bartnik M, Rydén L, Ferrari R, Malmberg K, Pyörälä K, Simoons M, et al. The prevalence of abnormal glucose regulation in patients with coronary artery disease across Europe. *Eur Heart J*. 2004;25:1880-90.
5. The DECODE Study Group. Gender difference in all-cause and cardiovascular mortality related to hyperglycaemia and newly-diagnosed diabetes. *Diabetologia*. 2003;46:608-17.
6. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: full text. *Eur Heart J*. 2007;28:88-136.
7. Tuomilehto J, Lindstrom J. The major diabetes prevention trials. *Curr Diab Rep*. 2003;3:115-22.