Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 541

Revista Española de Cardiología

4027-6. LA HIPERGLUCEMIA CRÓNICA SE ASOCIA CON EL DETERIORO DE LA DISTENSIBILIDAD AÓRTICA EN DIABÉTICOS TIPO 2 SIN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA SILENTE

María del Rosario Mármol Lozano[1], Ildefonso Roldán Torres[2], Darío Sanmiguel Cervera[2], Manuel Jesús Gómez Martínez[3], Claudia Cabadés Rumbeu[2], Samantha Wasniewski[1], Marta Merelo Nicolás[1], Katherine García-Malpartida[4], Antonio Hernández-Mijares[4] y Juan Antonio Castillo Moreno[1], del [1]Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), [2]Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, [3]Hospital General Universitario de Elche, Elche (Alicante) y [4]Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La hiperglucemia crónica en la DM acelera la rigidez aórtica. También, la cardiopatía isquémica se relaciona de manera bidireccional con el deterioro de la distensibilidad aórtica. Objetivo: estudiar la relación de la HbA1c y el índice de rigidez aórtico (IRAo) medido por ecocardiografía tras descartar cardiopatía isquémica silente en varones diabéticos tipo 2.

Métodos: Realizamos una ergometría convencional a varones diabéticos tipo 2 sin enfermedad cardiovascular conocida de una consulta de Endocrinología, y seleccionamos a 159 consecutivos con resultado negativo. Se recogieron FRCV, tratamiento farmacológico, antropometría, laboratorio y ecocardiograma con medidas morfológicas, función sistólica y diastólica. Fueron excluidos aquellos con FEVI 50% o valvulopatía significativa. El cálculo del IRAo se obtuvo a través de la medida por modo M de los diámetros sistólico y diastólico aórticos, 3 centímetros por encima de las cúspides aórticas, y de la medida por esfigmomanómentro de la presión arterial. Recogimos un grupo control de 40 no diabéticos, de edad similar y sin enfermedad cardiovascular, para comparar el IRAo debido a la ausencia de puntos de corte.

Resultados: La edad media fue de 58,16 años, el IMC de 31,08 kg/m^2 y el tiempo de DM de 7 años. 66,7% fueron hipertensos, 80,5% dislipémicos y 30,2% fumadores. 70,4% tomaban IECA/ARAII. La HbA1c media fue de 7,14%. El ecocardiograma fue mayoritariamente normal, 88,1%. El IRAo medio fue de 10,63, mayor con respecto al grupo control, 8,14 p 0,0001. Hubo una correlación positiva significativa entre la HbA1c y el IRAo: r = 0,342, p 0,0001. Establecimos 2 grupos en función del valor de 10,63 de IRAo. Encontramos que aquellos con IRAo > 10,63 (75 pacientes) tuvieron una HbA1c mayor: 7,85% (1,58) frente a 6,71% (1,16). No hubo diferencias en el resto de parámetros. El área bajo la curva (ABC) ROC mostró un aceptable poder estadístico de la HbA1c para discriminar un IRAo alto: ABC 0,767, p 0,0001, IC95% (0,694-0,840). Tras ajustar por edad, FRCV, tiempo de DM, IMC e IECA/ARAII, la HbA1c se relacionó de forma independiente con un IRAo > 11,45: OR de 2,303, p 0,0001, IC95% (1,626-3,263).

Curva ROC de HbA1c y rigidez en DM no isquémicos.

Conclusiones: La hiperglucemia crónica se relaciona con la rigidez aórtica aumentada en varones diabéticos tipo 2 sin cardiopatía isquémica. La HbA1c se asocia de forma independiente con un índice de rigidez aórtico elevado en estos pacientes.