

Revista de Endocrinología y Nutrición

Volumen 11
Volume

Número 1
Number

Enero-Marzo 2003
January-March

Artículo:

Resistencia a la insulina, acantosis nigricans y cardiopatía coronaria. Descripción de un caso clínico

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



www.medigraphic.com



Caso clínico

Resistencia a la insulina, acantosis nigricans y cardiopatía coronaria. Descripción de un caso clínico

Saúl Salinas Orozco*

* Médico Endocrinólogo, Servicio de Rehabilitación Cardíaca y Cardiología Preventiva. Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Fecha de recepción: 15-Abril-2003
Fecha de aceptación: 2-Mayo-2003

Resumen

El síndrome metabólico o síndrome de resistencia a la insulina es hoy una entidad clínica aceptada y reconocible por parámetros bien definidos, su presencia por tanto puede ser identificada en las más diversas situaciones clínicas asociado al paciente hipertenso, diabético, dislipidémico y obeso pero además en el adulto joven que es portador de cardiopatía coronaria donde un evento cardiovascular puede ser la primera manifestación de importancia para el médico para detectarlo y evaluar su influencia sobre el proceso aterogénico acelerado; presentamos un caso que muestra estas características y se discute la evaluación metabólica realizada en este paciente.

Palabras clave: Síndrome metabólico, obesidad, cardiopatía coronaria.
Revista de Endocrinología y Nutrición 2003;11(1)Enero-Marzo.34-35.

Abstract

The Metabolic Syndrome or Insulin Resistance Syndrome is nowadays and accepted and recognized clinical entity with a well defined clinical picture, its presence may be found in the most diverse clinical settings associated to hypertension, diabetes, dyslipidemia and obesity, it may also be found in young adults with coronary heart disease, where it may be the first important sign for a physician to suspect it and evaluate its influence over a highly accelerated atherogenic process; we present a case who shows this characteristics and discuss the metabolic evaluation done to this patient.

Key words: Metabolic syndrome, obesity, coronary heart disease.
Revista de Endocrinología y Nutrición 2003;11(1)Enero-Marzo.34-35.

INTRODUCCIÓN

La resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia asociada a otros trastornos metabólicos y cardiovasculares comenzó a ser estudiada desde finales de los años ochenta, sin embargo debieron realizarse numerosos estudios clínicos y diseñarse técnicas especiales para evaluarla que culminaron en el reconocimiento de esta alteración metabólica como el componente esencial del síndrome metabólico; éste pudo entonces ser definido como la asociación parcial o total de la resistencia a la insulina con la hipertensión arterial esencial, la obesidad abdominal, la dislipidemia, la diabetes mellitus o la intolerancia a la glucosa, las alteraciones en el sistema fibrinolítico y la cardiopatía coronaria como evento resultante y ser aceptado por la comunidad médica como un trastorno real y con complicaciones médicas severas. El

reconocimiento más reciente fue su inclusión en un apartado especial en la tercera revisión del Programa Nacional de Expertos de Educación en Colesterol, convocado por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos y con amplia repercusión médica internacional por las recomendaciones y los criterios diagnósticos ahí discutidos además de trascender los límites de la endocrinología hacia otras disciplinas médicas como la cardiología y la medicina interna. En esta ocasión se presenta un caso clínico característico de este síndrome y se discute su estudio y tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 45 años, casado, de ocupación comerciante el cual acude con cuadro de dolor precordial típico de angor pectoris al servicio de urgencias del Hos-

pital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Tiene como antecedentes personales relevantes poliomieltis infantil que deja como secuela acortamiento de miembro pélvico izquierdo y dificultad para la deambulaci3n, hipertensi3n arterial primaria de 1.5 a1os, hiperuricemia detectada a su ingreso y obesidad severa.

A su ingreso se detecta infarto miocárdico posteroinferior y lateral bajo (6/03/03), recibiendo tratamiento estandarizado para el paciente que acude con infarto establecido y posteriormente a su estabilizaci3n pasa al Servicio de Rehabilitaci3n Cardiac y Cardiología Preventiva para su evaluaci3n cardiovascular y metab3lica previa a su reintegraci3n a actividades diarias. En su exploraci3n ffsica se encuentra una estatura de 1.58, peso 1.28 kg, fndice de masa corporal 51.4 kg/m², perfmetro de cintura 132 cm, TA 120/90, el paciente presenta placas hiperpigmentadas en cuello, axilas e fngles, acompa1adas por lesiones correspondientes a candidiasis en pliegues marmarios y axilares, presenta adem1s mltiples acrocordones en todo el perfmetro del cuello.

Laboratorio:

12/03/2003 Hb 15.1 g/dL, Hcto 45 mL/dL, leucocitos 8,000, plaquetas 286,000, fibrin3geno 517, glucosa 124, cr 1.4, ast 28, LdL 380, ck 167, na 140, K 4.3.

17/03/2003 colesterol 180, lg 159, HDL 20, VLDL 32, LDL 128, Col no HDL 148 mg/dL.

30/04/2003 CTGO glucosa de ayuno 81 mg/dL, glucosa 2 hrs 109 mg/dL, insulina de ayuno 25.5 Oug/dL, relaci3n glucosa/insulina 3.17.

Tratamiento al momento de su evaluaci3n captopril 25 mg c/12 h, verapamilo 80 mg c/12 hrs, isosorbide 10 mg c/8 h, alopurinol 300 mg/día y ácido acetilsalicílico 150 mg/día.

PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL PACIENTE

Se evalu3 antropometrfa encontr1ndose un IMC elevado (51.4) correspondiente a un grado severo de obesidad, el perfmetro de cintura superior a 102 cm sugiere obesidad central o abdominal y las lesiones cut1neas han sido asociadas a obesidad y resistencia severa a insulina por lo que se agreg3 al estudio la evaluaci3n de la glucosa e insulina de ayuno obteniéndose una relaci3n glucosa/insulina < 6 (3.17) que indica resistencia a la insulina e hiperinsulinemia de ayuno. La curva de tolerancia a la glucosa, sin embrago fue normal con glucosa de 2 h menor de 140 mg/dL.

TRATAMIENTO

Al paciente se le provey3 de informaci3n nutricional recomend1ndose una dieta hipolipemiente paso uno baja en azúcares refinados, adem1s de una dieta de reducci3n de 1,200 calorfas, se indic3 un plan de ejercicio dise1ado

para pacientes con discapacidad para la deambulaci3n y se inici3 tratamiento con metformin 850 mg/día para mejorar la sensibilidad a la insulina, adem1s de agregar pravastatina 20 mg/noche.

DISCUSI3N

Se comenta un caso tpfico de un paciente portador de alto riesgo cardiovascular con presencia de cardiopatfa coronaria en adulto joven (45 a1os), quien por evaluaci3n tradicional presenta factores de riesgo cardiovascular como el sexo, la presencia de hipertensi3n arterial, la obesidad y tabaquismo moderado sin alteraci3n aparentemente severa en lpfidos ni con diabetes mellitus, pero al estudiar los niveles de insulina se encuentra resistencia importante a la insulina que a1ade otro factor reciente reconocido como muy ater3geno; a pesar de presentar una curva de tolerancia normal a la glucosa el paciente tenfa antecedente de glucosa de ayuno anormal (> 110 mg/dL) pero que se redujo con dieta, adem1s de presentar elevaci3n en fibrin3geno y lpfidos con elevaci3n moderada en LDL pero al evaluar col no HDL se observan niveles elevados de 148, sin embargo se ha reconocido que existe un periodo postinfarto durante el cual los niveles de lpfidos se reducen pero eventualmente regresan a niveles previos al evento por lo que esto a1un requiere estudio posterior. La evaluaci3n de la resistencia a la insulina y otras alteraciones metab3licas asociadas a este sfdrome ayudan a explicar la morbilidad mostrada en estos pacientes y definen metas de tratamiento como son reducir el peso corporal, la ingesta de azúcares refinados y fomentar la actividad ffsica a fin de reducir la secreci3n de insulina, adem1s la utilizaci3n de medicamentos sensibilizadores a insulina como el metformin pueden ayudar al paciente a conservar su reserva de insulina pancreática, el tratamiento por tanto debe tener objetivos a largo plazo pero vigilando estrechamente los factores tradicionales de riesgo cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988; 37: 1595-1507.
2. Caro JF. Clin Rev 26: Insulin resistance in obese and nonobese man. *J Clin Endoc Metab* 1991; 73(4): 691-5.
3. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel III). *NIH Publication No.* 02-5215, 2002.
4. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343-50.
5. Shuldiner AR, Yang R, Gong DW. Resistin, obesity and insulin resistance. The emerging role of the adipocyte as an endocrine organ. *N Eng J Med* 2001; 345: 1345-6.
6. Yanovski SZ, Yanovski JA. Drug therapy: Obesity. *N Engl J Med* 2002; 346: 591-602.