

Revista de Endocrinología y Nutrición

Volumen
Volume **11**

Número
Number **1**

Enero-Marzo
January-March **2003**

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*



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 Cardiaca 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 atyrogenic 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 discutidas 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 poliomielitis infantil que deja como secuela acortamiento de miembro pélvico izquierdo y dificultad para la deambulación, hipertensión arterial primaria de 1.5 años, 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 estabilización pasa al Servicio de Rehabilitación Cardiaca y Cardiología Preventiva para su evaluación cardiovascular y metabólica previa a su reintegración a actividades diarias. En su exploración física se encuentra una estatura de 1.58, peso 1.28 kg, índice de masa corporal 51.4 kg/m², perímetro de cintura 132 cm, TA 120/90, el paciente presenta placas hiperpigmentadas en cuello, axilas e ingles, acompañadas por lesiones correspondientes a candidiasis en pliegues mamarios y axilares, presenta además múltiples acrocordones en todo el perímetro del cuello.

Laboratorio:

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

17/03/2003 colesterol 180, Ig 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 μ g/dL, relación glucosa/insulina 3.17.

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

PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL PACIENTE

Se evaluó antropometría encontrándose un IMC elevado (51.4) correspondiente a un grado severo de obesidad, el perímetro de cintura superior a 102 cm sugiere obesidad central o abdominal y las lesiones cutáneas han sido asociadas a obesidad y resistencia severa a insulina por lo que se agregó al estudio la evaluación de la glucosa e insulina de ayuno obteniéndose una relación glucosa/insulina < 6 (3.17) que indica resistencia a la insulina e hiperinsulinemia de ayuno. La curva de tolerancia a la glucosa, sin embargo fue normal con glucosa de 2 h menor de 140 mg/dL.

TRATAMIENTO

Al paciente se le proveyó de información nutricional recomendándose una dieta hipolipemiante paso uno baja en azúcares refinados, además de una dieta de reducción de 1,200 calorías, se indicó un plan de ejercicio diseñado

para pacientes con discapacidad para la deambulación y se inició tratamiento con metformín 850 mg/día para mejorar la sensibilidad a la insulina, además de agregar pravastatina 20 mg/noche.

DISCUSIÓN

Se comenta un caso típico de un paciente portador de alto riesgo cardiovascular con presencia de cardiopatía coronaria en adulto joven (45 años), quien por evaluación tradicional presenta factores de riesgo cardiovascular como el sexo, la presencia de hipertensión arterial, la obesidad y tabaquismo moderado sin alteración aparentemente severa en lípidos ni con diabetes mellitus, pero al estudiar los niveles de insulina se encuentra resistencia importante a la insulina que añade otro factor reciente reconocido como muy aterógeno; a pesar de presentar una curva de tolerancia normal a la glucosa el paciente tenía antecedente de glucosa de ayuno anormal (> 110 mg/dL) pero que se redujo con dieta, además de presentar elevación en fibrinógeno y lípidos con elevación 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 lípidos se reducen pero eventualmente regresan a niveles previos al evento por lo que esto aún requiere estudio posterior. La evaluación de la resistencia a la insulina y otras alteraciones metabólicas asociadas a este síndrome 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 física a fin de reducir la secreción de insulina, además la utilización de medicamentos sensibilizadores a insulina como el metformín 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). *NH 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. Shuldriner 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.