

Carta al director

Síndrome metabólico: ¿más definiciones para una nueva enfermedad?

F. Carrasco Naranjo

Magíster en Nutrición Clínica. Profesor de Nutrición. Departamento de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile.

Señor director:

Desde que en 1988 Gerald Reaven definió el Síndrome X, o síndrome de resistencia insulínica¹, se han desarrollado varios consensos para mejorar su definición, llegando finalmente a definirlo como síndrome metabólico (SM). Las publicaciones sobre el tema han privilegiado la definición de SM según los criterios del ATP III de 2001² (tabla I). Por otro lado, las definiciones de la OMS del año 1998³ y del Grupo Europeo para el Estudio de la Resistencia Insulínica⁴, han sido poco usadas en estudios poblacionales.

En un consenso efectuado en Abril de 2005, la Federación Internacional de Diabetes⁵, planteó una nueva definición de SM (Tabla I), con el objetivo de (textual): *“aportar una herramienta diagnóstica única aceptada universalmente, que sea fácil de usar en la práctica clínica y que no se base en mediciones disponibles solo en el ámbito de la investigación”*. Sin embargo, esta propuesta no fundamenta los cambios con nuevos hallazgos de estudios epidemiológicos o clínicos. En esta aparente “nueva” definición, el consenso sólo redefine puntos de corte utilizando los mismos parámetros del ATP III, pero sitúa a la obesidad abdominal como un requisito fundamental. De esta forma, se reducen los puntos de corte de la glicemia de ayunas, según recomendaciones ya publicadas⁶, y de cintura a menos de 80 y 94 cm., en mujeres y hombres, respectivamente. Estos valores de cintura fueron definidos por la OMS en 1997⁷, como niveles de aumento de riesgo de enfermedades metabólicas, basándose en el estudio de Han y cols.⁸, pero no han sido validados para definir obesidad abdominal.

En una reciente revisión del tema, Kahn y cols.⁹, plantean que en el manuscrito de la IDF no se revisaron datos que indicaran el impacto o beneficio derivado de esta nueva definición. Además, los autores proponen no considerar al SM como una entidad clínica,

sino más bien considerar a cada factor de riesgo por separado, y no desarrollar nuevos criterios diagnósticos hasta que no se disponga de mejor investigación clínica y epidemiológica.

Si la prevalencia de SM con los criterios ATP III es de cerca de 24% en Estados Unidos¹⁰ y alrededor de 23% en Chile¹¹, con los nuevos puntos de corte de la IDF la prevalencia se elevaría en forma importante en la población adulta, alejando la posibilidad de definir al síndrome como una nueva enfermedad.

En la práctica clínica resulta cuestionable identificar a un sujeto como portador de SM, cuando varios parámetros muestran gran variabilidad intra-individual (ej. triglicéridos, glicemia de ayunas, presión arterial). De tal forma un mismo sujeto puede ser identificado como portador o no de SM dependiendo del momento y circunstancias de la evaluación. Además, en relación a la presión arterial no se establece la forma de registrarla (de pie, sentado o decúbito), ni cuantos registros promediar. Por otro lado, si bien la metodología para medir la circunferencia de cintura está bien definida, en la práctica clínica se da una gran variabilidad inter-observador en las mediciones y una gran dependencia de la experiencia del evaluador.

En la práctica clínica, el establecer que un paciente es portador de SM podría servir para definir su riesgo cardiovascular (ej. cardiopatía coronaria), y su riesgo metabólico (ej. resistencia insulínica, diabetes tipo 2), además de servir de orientación para su tratamiento. En primer lugar, es al menos discutible definir el nivel de riesgo de un sujeto usando variables dicotómicas, siendo que su relación con el riesgo cardiovascular es continua. Respecto del riesgo de diabetes, este estará claramente aumentado cuando se presente un valor elevado en la glicemia de ayunas, y de tal forma puede haber pacientes con SM con bajo, mediano y alto riesgo de diabetes tipo 2. De igual forma puede observarse pacientes con SM con y sin resistencia insulínica, siendo el valor predictivo del síndrome para detectar resistencia insulínica de un 50 a un 78%⁹.

En relación a la terapia del paciente, la situación es aún más discutible, siendo posible imaginarse variados cuadros clínicos, en los cuales el enfrentamiento terapéutico dependerá de la combinación y gravedad de los factores de riesgo. En un reciente consenso de

Correspondencia: Fernando Carrasco Naranjo
Independencia 1027
Santiago (Chile)
E-mail: fcarrasc@med.uchile.cl

Recibido: 24-XII-2005.
Aceptado: 30-XII-2005.

Tabla I
Criterios diagnósticos de síndrome metabólico

<i>Factores de riesgo</i>	<i>ATP III 2001 (3 o más de cualquiera de los criterios)</i>	<i>IDF 2005 (1.º criterio más al menos 2 de los criterios)</i>	<i>AHA/NHLBI 2005 (3 o más de cualquiera de los criterios)</i>
1. Circunferencia cintura (cm)	= 102 en hombres o	= 94 en hombres o	= 102 en hombres o
2. Glucosa en ayunas (mg/dL)	= 88 en mujeres	= 80 en mujeres	= 88 en mujeres
3. Presión arterial (mmHg)	= 110	= 100 o diabetes tipo 2	= 100
4. Colesterol de HDL (mg/dL)	= 130 PAS o =85 PAD < 40 en hombres o < 50 en mujeres	=130 PAS o = 85 PAD * < 40 en hombres o < 50 en mujeres *	=130 PAS o =85 PAD & < 40 en hombres o < 50 en mujeres &
5. Triglicéridos (mg/dL)	= 150	= 150 *	= 150 &

ATP III: The Adult Treatment Panel III of the National Cholesterol Education Program.

IDF: International Diabetes Federation.

AHA/NHLBI: American Heart Association and National Heart, Lung, and Blood Institute.

PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica

* o tratamiento específico para la anomalía.

& o tratamiento farmacológico para la condición.

la Asociación Americana del Corazón¹², Grundy et al. recomiendan mantener los criterios del ATP III para el diagnóstico clínico de SM, con modificaciones menores como la reducción del punto de corte para la glicemia (tabla I), y considerar tratamiento farmacológico de acuerdo a las recomendaciones individuales para cada factor de riesgo.

Referencias

1. Reaven GM: Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988; 37:1595-1607.
2. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive Summary of The 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). *JAMA* 2001; 285:2486-97.
3. Definition, Diagnosis, and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. World Health Organization (WHO), 1999.
4. European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR). *Diabetic Medicine*, 16: 442-443.
5. International Diabetes Federation: The IDF Consensus worldwide definition of the metabolic syndrome (article online). En: www.idf.org.
6. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2003; 26 Supl. 1:S5-20.
7. WHO: Obesity. Preventing and management the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 1997.
8. Han TS, van Leer EM, Seidell JC, Lean MEJ: Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. *Br Med J* 1995; 311:1401-1405.
9. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M: The Metabolic Syndrome: Time for a Critical Appraisal. *Diabetes Care* 2005; 28(9):2289-2304.
10. Ford ES, Giles WH, Dietz WH: Prevalence of the Metabolic Syndrome Among US Adults. Finding From the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002; 287(3):356-359.
11. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud, 2003. <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS.htm>. [Consultado el 22 de diciembre, 2005].
12. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, Gordon DJ, Krauss RM, Savage PJ, Smith SC, Spertus JA, Costa F: Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome: An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005; 112(17):2735-2752.