

## Editorial

# ¿Síndrome metabólico o riesgo metabólico?

El dramático aumento en la incidencia de la enfermedad cardiovascular, dislipidemia y diabetes tipo 2, obesidad y, más recientemente, del llamado hígado graso no alcohólico, está dentro del conocimiento general en la población de los países industrializados. En los de menor desarrollo, el interés de la prensa y de los medios de difusión sobre el tema es incipiente. Actualmente, en Chile se dan algunos tímidos intentos para socializar el conocimiento de estos hechos, y favorecer una legislación que de respaldo legal a acciones en este campo. El mensaje se traduce en cifras crecientes de mortalidad en el contexto de una población que prolonga su vida.

En el ámbito de la medicina estos temas son tratados cada vez más profusamente en los congresos médicos, con la óptica particular de las diversas especialidades; también es notable el explosivo aumento de publicaciones médicas clínicas, epidemiológicas y de ciencias básicas que avalan la importancia creciente del problema.

El así llamado Síndrome Metabólico motiva hasta el día de hoy interesantes controversias<sup>1,2</sup>. Diversos autores, incluyendo a su creador conceptual Gerald Reaven<sup>3</sup>, discrepan sobre las diferencias en su definición, sus límites y se duda de su existencia como entidad identificable y separable por sus características propias. Por su multifacética composición la importancia o notoriedad de las formas de presentación varía entre la obesidad abdominal, hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia. La SOCHED no ha permanecido ajena a este debate y de hecho ha revisado consensuadamente los conceptos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos de este síndrome, consideraciones que fueron recientemente publicadas<sup>4</sup>.

La Endocrine Society de EE.UU. ha hecho presente su opinión a través de un documento sobre el tema catalogado como Guía para la Práctica Clínica, que pretende facilitar el abordaje del problema, enfatizando en él la prevención y el carácter mundial del desorden<sup>5</sup>. Novedosamente, este documento prioriza lo preventivo por sobre las definiciones fisiopatológicas respecto a la identidad del desorden. Es una visión anticipativa y futurista que invita y congrega a todas las tendencias en pugna respecto a la definición del Síndrome Metabólico. En consonancia con ello se acuña el término “Riesgo Metabólico”, que es similar al propio del Síndrome Metabólico, con la excepción que no incluye a las personas que ya padecen de diabetes o enfermedad cardiovascular. Según dice el Dr. James Rosenzweig, Profesor de la Boston University School, “el término Riesgo Metabólico es útil porque busca identificar un cierto porcentaje de la población que está con riesgo elevado de desarrollar en el futuro diabetes o enfermedad cardiovascular; esta gente necesita una especial atención en el ámbito de la prevención”.

En la práctica esta Guía define específicamente los factores cuantificables que llevan a configurar el Riesgo Metabólico. Ellos son: a) aumento de LDL y VLDL con Triglicéridos también aumentados; b) concentraciones reducidas de HDL; c) aumento de la glucosa plasmática; d) hipertensión arterial; e) aumento de la circunferencia abdominal; f) estado protrombótico, y g) estado proinflamatorio.

Los individuos que tienen esta constelación de hechos (o al menos 3 de ellos) deben ser considerados en riesgo metabólico elevado, requiriendo en consecuencia un monitoreo frecuente para descartar diabetes y un agresivo tratamiento de la hipertensión arterial y la dislipidemia. Muchos de estos individuos también pueden ser portadores del llamado Hígado Graso No Alcohólico (HGNA), patología que no se encuentra mencionada en la Guía. Esta entidad hace referencia a un espectro de alteraciones clínico-patológicas observadas en sujetos abstemios, y que incluye desde la esteatosis simple a la esteatohepatitis en sus diversos grados y cuya trascendencia radica en su potencial progresión hacia la cirrosis hepática. Más recientemente, y a mayor abundamiento, el HGNA ha sido reconocido como asociado a aumento del riesgo cardiovascular<sup>6-8</sup>.

La Guía señalada incorpora novedosamente la aplicación, con carácter rutinario, de la medición de la circunferencia abdominal, dando indicaciones y límites según sexo y etnias. Recomienda también que el médico incorpore los datos obtenidos en el estudio particular del paciente a alguno de los métodos de tipificación de riesgo a futuro (generalmente 10 años), tales como el derivado del estudio Framingham, el Prospective Cardiovascular Munster Scoring, o el European Score Algorithm. En este específico punto se abre la posibilidad que SOCHED elabore una tabla “score”, que sea de fácil manejo y lectura y que traduzca la información internacional a nuestras necesidades y peculiaridades.

Dependiendo de los resultados la conducta debe centrarse en los elementos más nocivos detectados. Sin embargo, es común para todos ellos la necesidad que el paciente tome conciencia de la importancia de cambiar su estilo de vida, de modo de

reducir el peso corporal en un 5% a 10% en el primer año y que incluya actividad física programada de al menos 30 minutos diarios (preferible 45 a 60 minutos) mínimo 5 días a la semana. La dieta debe ser antiaterogénica.

A pesar que el enfoque inicial debe privilegiar el cambio de estilo de vida sobre la terapia medicamentosa, si las cifras lo ameritan, deberá agregarse medicación para bajar drásticamente la concentración de LDL como primer objetivo; igual cosa se hará ante cifras de presión arterial que no ceden a las medidas generales anteriores.

Dada la magnitud del problema que constituye el Riesgo Metabólico estas medidas simples e iniciales deben ser incorporadas por los médicos de atención primaria, quienes serán los que realmente estarán en la primera línea de detección. También los esfuerzos de las políticas gubernamentales deben enfatizar el conocimiento y aprendizaje del riesgo por parte de la población sujeta a él. Siempre será más efectivo y menos oneroso atacar el problema en su etapa de riesgo teórico o inicial, y no cuando está consolidado como enfermedad cardiovascular, obesidad, hipertensión arterial o diabetes mellitus. Llegar tarde implica optar por soluciones que están lejos del enfoque racional, como lo es la cirugía bariátrica para la obesidad y aún como se ha dejado decir para la diabetes mellitus instalada.

Definir operativamente el Riesgo Metabólico es juicioso, posible y permite en esta etapa el concurso de todos los médicos y especialidades; de otro modo es imposible abordar un problema tan masivo. En este número de Rev. chil. endocrinol. diabetes los Drs. C. Ramírez, J.P. Arab, A. Riquelme y Marco Arrese, presentan una amplia, actualizada y didáctica visión del tema.

El estudio dedicado a cómo revertir estos hechos permitirá, sin dudas, resolver incógnitas que aún subsisten en lo que hoy llamamos Síndrome Metabólico.

**Dr. José Manuel López M.**

Editor

## Referencias

1. Johnson LW, Weinstock RS. 2006. The metabolic syndrome: concepts and controversy. *Mayo Clin Proc* 81 (12): 1615-1620.
2. Pratley RE. 2007. Metabolic syndrome: why the controversy? *Curr Diab Rep* 7 (1): 56-59.
3. Reaven GM. 2005. The metabolic syndrome: requiescat in pace. *Clin Chem* 51 (6): 931-938.
4. López G, Araya V, Asenjo S, et al. 2008. Consenso elaborado por la Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes sobre la Resistencia a la Insulina (RI) y Síndrome Metabólico (SM): aspectos clínicos y terapéuticos. *Rev Chil Endocrinol Diabetes* 4: 272-281.
5. Rosenzweig JL, et al. 2008. Primary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes in patients at metabolic risk: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 93 (10): 3671-3689.
6. Edens MA, Kuipers F, Stolk RP. 2009. Non-alcoholic fatty liver disease is associated with cardiovascular disease risk markers. *Blackwell Publishing. Obesity Reviews*. 10 (4): 412-419 (8).
7. Misra VL, Khashab M, Chalasani N. 2009. Nonalcoholic fatty liver disease and cardiovascular risk. *Curr Gastroenterol Rep* 11 (1): 50-55.
8. Sung KC, Ryan MC, Wilson AM. 2009. The severity of nonalcoholic fatty liver disease is associated with increased cardiovascular risk in a large cohort of non-obese Asian subjects. *Atherosclerosis* 203 (2): 581-586.