

Dr. Samuel Córdova-Roca

Más de un billón de personas en el mundo tiene el problema de la obesidad. Ha sido reconocida como una enfermedad ya que una vez que la persona llega a tener sobrepeso u obesidad todas las alteraciones metabólicas que ocurren hacen realmente una enfermedad crónica. La razón es la comida abundante y la menor actividad física.

The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study determinó el peso corporal de 5,115 jóvenes adultos entre 18 a 30 años (basal 1985–1986) y seguidos hasta 1995–1996. Durante este tiempo, la obesidad se duplicó en todos los grupos de raza y género, llegando a 31% en mujeres y 22% en hombres. .

La evidencia publicada en los últimos 25 años ha establecido que el subgrupo de pacientes con sobrepeso u obesidad caracterizados por un exceso de grasa abdominal (elevado depósito de tejido adiposo intra-abdominal [AIA] o visceral), tiene el riesgo más alto de desarrollar diabetes (DM) y enfermedad cardiovascular (CV).

Varios estudios epidemiológicos han encontrado que el incremento del IMC está asociado con un riesgo aumentado de mortalidad. Por otra parte, la obesidad casi siempre precede a la DM, el riesgo de DM incrementa con el aumento del IMC tanto en hombres como mujeres..

Al parecer mientras más obesa sea una persona joven... más tempranamente desarrolla la DM. Cualquier ganancia de peso después de la adolescencia está asociada con riesgo mayor de DM. El riesgo de desarrollar DM incrementa linealmente con el aumento de la cintura.

La circunferencia de cintura (CC) ha mostrado estar asociada independientemente con aumento de riesgo para enfermedad cardíaca coronaria (ECC), aún después de ajustar para IMC y otros factores de riesgo (FR) CV. Para evaluar la AIA, la medida más simple de obesidad abdominal es la CC, que está fuertemente correlacionada con la medida directa de AIA por CT o MRI, considerada ser el goldstandard

El Prof. Vague acuñó el término “androide” u obesidad tipo masculino para caracterizar la forma de sobrepeso y obesidad observado entre sus pacientes con DM o signos clínicos de enfermedad CV, mientras que “ginoide” u obesidad de la parte inferior del cuerpo, frecuentemente encontrada en mujeres obesas premenopáusicas, era generalmente benigna.

La Triada Metabólica Aterogénica: The Québec Cardiovascular Study, probó la hipótesis que la hiperinsulinemia en ayunas, es un marcador básico de resistencia a la insulina (RI), y puede ser un marcador relevante de riesgo de ECC. Los hombres hiperinsulinémicos están a menudo caracterizados por elevada apolipoproteína B (apo B) y partículas LDL pequeñas. Así, la presencia simultánea de aumento de cintura combinada con hipertriglicéridemia ha sido descrita como fenotipo de la “cintura hipertriglicéridémica” (hiperTG). La CC es un buen sucedáneo para insulina y apo B, y los triglicéridos altos son un buen sucedáneo para LDL pequeño y denso. Se observó que entre personas que tenían una cintura > 100 cm y TGC sobre 180 mg/dL, 84% tenían la tríada aterogénica. En contraste en las personas con cintura debajo de 90 cm y TGC < 180 mg/dL, solo 10% tenían la triada metabólica.

En el San Antonio Heart Study la CC fue predictiva de la incidencia de síndrome metabólico (SM), independiente del nivel de IMC. El nuevo criterio de SM de la IDF requiere la presencia de un aumento de cintura, junto con otros dos FR cardiovascular. En etnias de Centro y Sud América, CC normal para hombres < 94 cm y mujeres < 90 cm (Ashner y col)

El fenotipo de cintura hiperTG está asociado con: Mayor presión arterial sistólica, mayores niveles de apolipoproteína B y de PCR, menores niveles de colesterol HDL, de apolipoproteína A-I, partículas de LDL más pequeñas.

Los hombres con cintura hiperTG tuvieron más del doble de probabilidad de desarrollar ECC que los hombres sin el fenotipo. El riesgo para ECC incrementó más de 3 veces en las mujeres con cintura hiperTG que las sin el fenotipo. Aun entre hombres y mujeres con el más bajo score de riesgo de Framingham (<10%) aquellos con cintura hiperTG tuvieron un riesgo mayor de ECC que aquellos sin el fenotipo. Entre adultos con IMC aumentado, el mejor predictor de DM y otras complicaciones vasculares es la cantidad de grasa abdominal o visceral.

Hay evidencia que la obesidad visceral es la forma de obesidad asociada con niveles reducidos de adiponectina. La adiponectina estimula la oxidación de los ácidos grasos, reduce los TG en plasma, mejora el metabolismo de la glucosa por incremento de la sensibilidad a la insulina, inhibe el proceso inflamatorio que acompaña a la aterogénesis, reduce la expresión de TNF- $\alpha$

en adipocitos y macrófagos y proliferación de células musculares. Estudios epidemiológicos demuestran claramente la asociación entre resistencia insulínica, hiperinsulinemia e hipertensión.

Cuál es la repercusión cardiovascular?

La obesidad abdominal incrementa el riesgo de ECC, es un predictor de resultados CV adversos (infarto de miocardio), y aumenta el riesgo de muerte súbita.

Cómo disminuir el riesgo cardiovascular?

La dieta y ejercicio permanecen siendo el primer paso en la prevención y disminución del riesgo CV.

Pérdidas de peso moderadas fueron asociadas con una reducción de 25% en mortalidad total y 28% de mortalidad CV por DM.

Una dieta de proteínas y grasas insaturadas reduce la PA, reduce significativamente TG, CT y colesterol no HDL, aumenta los niveles de C-HDL. vs. dieta rica en carbohidratos.

La actividad física regular tiene efectos benéficos sobre la sensibilidad a la insulina y el control glicémico, sobre la dislipidemia aterogénica y el control de peso. Hay mejoría de la PA y de la salud CV y metabólica.

Sin embargo, a pesar de los avances terapéuticos, la enfermedad CV sigue siendo la causa líder de muerte en todo el mundo. Un riesgo incrementado de desarrollar enfermedad cardiometabólica puede ser atribuido a la CC. Una causa mayor de desorden cardiometabólico (incluyendo dislipidemia, RI, DM, SM, inflamación y trombosis) es la AIA. La cintura hiperTG es un fuerte marcador de obesidad abdominal.

La magnitud de la epidemia de obesidad, su contribución a enfermedades crónicas, el costo para el individuo y la sociedad y la ausencia de terapias efectivas son un llamado de atención a la comunidad médica.