

5. Manifestaciones clínicas de la DM2

*Dra. Johanna Patricia Barbosa Mier
Médica Internista. Endocrinóloga. Jefe de
Endocrinología Clínica Universitaria Colombia.
Miembro de Número de la Asociación Colombiana de
Endocrinología. Bogotá.*

La DM2 es una patología cada vez más frecuente en nuestro medio, debido al aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Por tal motivo es indispensable conocer las manifestaciones clínicas y los factores de riesgo que hacen necesario evaluar a los pacientes con incremento en el riesgo de padecer la enfermedad.

La DM2 se manifiesta al igual que la DM1 con un cuadro clínico consistente en poliuria y polidipsia, pero su instauración es lenta, presentándose en una o dos semanas. Algunos pacientes presentan además visión borrosa, astenia, adinamia o una pérdida de peso inexplicadas.

Sin embargo, por su historia natural es probable que este cuadro pase desapercibido, diagnosticándose sólo con la toma aislada de una glucemia en ayunas solicitada por otra causa o como preparación para un procedimiento quirúrgico⁽⁵⁹⁾. Debe considerarse en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de esta patología o en pacientes que presenten sobrepeso y obesidad. Se ha calculado que más de 23 millones de personas en América, entre niños y adultos, presentan diabetes mellitus; de éstos, 95% de los casos son afectados por DM2. Adicionalmente existen 57 millones de personas con cuadros de prediabetes, una condición que claramente aumenta el riesgo de desarrollo de la enfermedad.

Los factores de riesgo que se deben tener en cuenta incluyen:

- Edad mayor a 45 años (sin embargo, ha aumentado su prevalencia en niños y jóvenes con obesidad)
- Historia familiar de diabetes
- Sobrepeso
- Sedentarismo (practicar ejercicio menos de tres veces por semana)
- Raza, siendo más frecuente en hispanos, afroamericanos, poblaciones indígenas americanas (Pima, Alaska), americanos de origen asiático o de islas del Pacífico.
- Hipertensión arterial (140/90 mmHg o mayor)

- Colesterol HDL menor de 35 mg/dL o triglicéridos mayores de 250 mg/dL
- Presencia de diabetes gestacional o antecedente de un recién nacido con un peso mayor a 4.000 g (macrosomía fetal)
- Síndrome de ovario poliquístico
- Presencia de acantosis nigricans
- Historia de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular o de miembros inferiores
- Historia de alteración de una prueba de tolerancia a la glucosa^(60,61)

Es evidente que el aumento en la prevalencia de obesidad y síndrome metabólico se ha constituido en un factor de riesgo alto para desarrollar la DM. El aumento de peso tiene un papel importante en la resistencia a la insulina pero más aún el patrón de distribución de este exceso de adiposidad. De esta forma, la obesidad abdominal tipo manzana está asociada con RI y con el desarrollo de enfermedad cerebrovascular y cardiovascular. Un patrón de obesidad tipo pera con distribución grasa mayor en caderas y flancos se asocia con menor riesgo. Pese a todo esto, la obesidad no explica todos los casos de DM, pues se presenta también en pacientes con peso normal⁽⁶²⁾.

Un grupo de condiciones a las que se ha denominado síndrome metabólico se ha convertido en una causa clara de diabetes que está además asociada con el desarrollo de enfermedad cardíaca y mayores tasas de mortalidad. Este síndrome está compuesto por obesidad abdominal, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, hipertensión, resistencia a la insulina o síndrome de ovario poliquístico. Este último se presenta en cerca de 6% de mujeres en edad fértil en las que se aumenta la producción ovárica de andrógenos, en especial testosterona, que presentan un alto riesgo de RI, documentándose en estudios de revisión que cerca de la mitad de ellas desarrollará diabetes^(63,64).

Existen también relaciones con la depresión y la esquizofrenia, pero esta relación parece depender del uso de medicamentos antipsicóticos de nueva generación que elevan los niveles de glucosa. Por este motivo, los pacientes que toman clozapina, olanzapina, risperidona, aripiprazol, quetiapina o ziprasidona deben tener valores iniciales de glucemia y ser monitorizados durante el tratamiento^(59,60).

Muy pocos son los pacientes que se presentan con cuadros agudos de estado hiperosmolar no cetósico o incluso en cetoacidosis de acuerdo con la severidad y duración de la enfermedad. En ocasiones, son los síntomas neurológicos los que preceden al diagnóstico. Por ejemplo, las mononeuropatías o el compromiso de pares craneales aislado es frecuente en este grupo poblacional, obligando a descartar la diabetes

como causa probable. En ocasiones el hallazgo de infecciones recurrentes también hace necesario descartarla^(59,63).

Los criterios para el diagnóstico de DM según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) son:

1. HbA1c $\geq 6,5\%$, o
2. Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dL, o
3. Glucosa plasmática dos horas después de una carga de glucosa anhidra ≥ 200 mg/dL, o
4. Glucosa aleatoria ≥ 200 mg/dL en un paciente con síntomas de hiperglucemia.

En conclusión, la DM2 es una patología frecuente, pero en la mayoría de veces asintomática, por lo cual es imperativo tener en mente los factores de riesgo y aplicar los métodos diagnósticos apropiados en pacientes con alto riesgo, lo que nos permitirá realizar un manejo temprano de la enfermedad y minimizar la aparición de complicaciones.