

Se utilizaron biomarcadores clínicos como la edad de comienzo, IMC, HOMA- β (secreción de insulina), HOMA IR (resistencia a la insulina), triglicéridos, LDLc y HDLc, anticuerpos antiglutamato decarboxilasa (GADA), glucemia HbA1c, comorbilidades como hígado graso de origen metabólico, hipertensión, o la presencia de comorbilidades micro y macroangiopáticas.

A estos biomarcadores clínicos, biológicos e inmunológicos se suman los genéticos a través de la conformación del GRS. En función de la identificación de los diferentes subtipos, se proponen tratamientos personalizados⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shepherd MH, et al. A UK nationwide prospective study of treatment change in MODY: genetic subtype and clinical characteristics predict optimal glycaemic control after discontinuing insulin and metformin. *Diabetologia* 2028;61:2520-2527.
2. Kim SS, Hudgins AD, Yang J, Zhu Y, Tu Z, Rosenfeld MG, et al. A comprehensive integrated post-GWAS analysis of type 1 diabetes reveals enhancerbased immune dysregulation. *PLoS One* 2021;16:e0257265. doi: 10.1371/journal.pone.0257265.
3. Ahlqvist E, et al. Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6:361-369.
4. Misra S, et al. Precision subclassification of type 2 diabetes: a systematic review. *Commun Med (Lond)* 2023;3(1):138. doi: 10.1038/s43856-023-00360-3.

14.00 a 15.15 h

SALÓN GRAN PANAMERICANO

SIMPOSIO: ¿CUÁNDO Y CÓMO INTERVENIR EN PREDIABETES?

Coordinador: Dr. Isaac Sinay

Diagnóstico en prediabetes

Dr. Víctor Commendatore

Durante la prediabetes tipo 2 (PDT2), además de aumentar el riesgo de progresión a diabetes mellitus tipo 2 (DM2), se pueden desarrollar complicaciones tanto micro como macrovasculares¹. Esta entidad se diagnostica, según la *American Diabetes Association* (ADA), por una glucemia en ayunas alterada (GAA) de 100 a 125 mg/dL, tolerancia a la glucosa alterada (TGA) de 140 a 199 mg/dL a los 120 minutos de la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) o una hemoglobina glicada A1c (HbA1c) de 5,7 a 6,4%².

La Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) recientemente ha adoptado los criterios de la ADA para GAA y HbA1c^{3,4}, no habiendo variado hasta la fecha el criterio ya clásico para TGA⁵.

Otras organizaciones no coinciden con el punto de corte que define el límite inferior de la GAA; tanto para la *International Diabetes Federation* (IDF) como para la Organización Mundial de la Salud (OMS) este valor es de 110 mg/dL^{6,7}. Otra discrepancia entre las sociedades es el corte inferior para la HbA1c, dado que el Comité Internacional de Expertos (*International Committee of Experts*, IEC) lo define en 6%⁸.

Recientemente la IDF ha oficializado el criterio de TGA a los 60 minutos de la PTOG con valores de ≥ 155 y < 209 mg/dL, habiendo evidencia respecto de la correlación de este parámetro, tanto con progresión a DM2 como para complicaciones macro y microvasculares⁹.

Es conocida la falta de concordancia entre estas determinaciones diagnósticas; el paciente puede tener PDT2 por uno u otro criterio, por dos o por los tres la vez^{10,11}. La calificación de PDT2 por GAA, HbA1c y TGA tiene una correlación de baja a mediana y una concordancia pobre en las poblaciones estudiadas, por lo que sería recomendable realizar todas las determinaciones aceptadas, interpretando los resultados en conjunto con el genotipo y el fenotipo del paciente en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brannick B, Wynn A, Dagogo-Jack S. Prediabetes as a toxic environment for the initiation of microvascular and macrovascular complications. *Exp Biol Med* (Maywood) 2016 Jun; 241(12):1323-31. doi: 10.1177/1535370216654227.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes 2025. *Diabetes Care* 2025 Jan 1; 48(Supplement_1):S27-S49. doi: 10.2337/dc25-S002
3. Commendatore V, Faingold C, Fenili C, Frechtel G, González CD, Llanos I, Lucarelli C, et al. Opiniones y recomendaciones de la Sociedad Argentina de Diabetes. Glucemia en ayunas alterada: ¿es oportuno utilizar el punto de corte en 100 mg/dl en Argentina? *Rev Soc Arg Diab* 2023; 57(1):9-19. doi: 10.47196/diab.v57i1.676.
4. Maselli MC, Llanos I, Fenilli C, et al. Opiniones y recomendaciones de la Sociedad Argentina de Diabetes. Hemoglobina A1c. *Rev Soc Arg Diab* 2023; 57(1).
5. Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay/ Sociedad Argentina de Diabetes. Convergencias, divergencias, variabilidad, puntos de corte e indicación de la glucemia de ayuno, la hemoglobina glucosilada e insulinemia. *Arch Med Int* 2010; 32(2-3). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2010000200005.
6. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* 1998 Jul; 15(7):539-53. doi: 10.1002/(SICI)1096-9136(199807)15:7<539::AID-DIA668>3.0.CO;2-S.
7. World Health Organization. Screening for type 2 diabetes. Report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/68614>.
8. Schmidt MI, et al. Intermediate hyperglycaemia to predict progression to type 2 diabetes (ELSA-Brasil): an occupational cohort study in Brazil. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019 Apr; 7(4):267-277. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30058-0.
9. Bergman M, Tuomilehto J. International Diabetes Federation Position Statement on the 1-hour post-load plasma glucose for the diagnosis of intermediate hyperglycaemia and type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2024 Apr; 210:111636. doi: 10.1016/j.diabres.2024.111636.
10. Menke A, Casagrande S, Cowie CC. Contributions of A1c, fasting plasma glucose, and 2-hour plasma glucose to prediabetes prevalence: NHANES 2011-2014. *Ann Epidemiol* 2018 Oct; 28(10):681-685.e2. doi: 10.1016/j.annepidem.2018.07.012.
11. Commendatore V, González C. Datos no publicados.

Identificación temprana de riesgo macro y microvascular en personas con prediabetes

Dr. Carlos Buso

Prediabetes es un término muy utilizado en la práctica clínica, con un profundo impacto psicosocial, que neutraliza su verdadero potencial de alarma en los pacientes y el personal de salud.

Es que se refiere a solo un componente posible: el desarrollo o no de diabetes mellitus (DM), cuando en realidad constituye un estado de toxicidad e inflamación hepato-cardio-reno-metabólica que se corresponde con un marcado aumento del riesgo cardiovascular, con una base fisiopatológica probada hace muchos años, explicable por el acúmulo, diseminación y disfunción del tejido adiposo visceral y sus modificaciones secretorias proinflamatorias que cierra su círculo (no virtuoso) en la caída del consumo periférico de glucosa: la disglucemia.