

Conferencias y Simposios

4 VOCES EN 10 MINUTOS: Nuevos paradigmas en la prevención de complicaciones en diabetes

Coordinador: Rubén Saurral

¿Debemos tratar hipertrigliceridemia en pacientes con diabetes para prevenir complicaciones cardiovasculares?

Mabel Graffigna

Médica Endocrinóloga, Servicio de Endocrinología, Hospital Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La hipertrigliceridemia constituye una alteración frecuente en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y forma parte del fenotipo de dislipidemia aterogénica, caracterizado además por concentraciones bajas de colesterol HDL y predominio de partículas pequeñas y densas de LDL. Aunque el colesterol LDL continúa siendo el principal objetivo terapéutico para la prevención cardiovascular, la persistencia de hipertrigliceridemia refleja un riesgo residual significativo, aun en pacientes adecuadamente tratados con estatinas.

El primer objetivo continúa siendo la optimización del control glucémico, la reducción del peso corporal cuando corresponda, la actividad física regular, la restricción de alcohol y el tratamiento de las causas secundarias de hipertrigliceridemia. Simultáneamente, el tratamiento intensivo con estatinas sigue siendo la intervención farmacológica con mayor impacto demostrado sobre la reducción del riesgo cardiovascular en personas con DM. Cuando los triglicéridos son ≥ 500 mg/dL, el tratamiento específico adquiere una finalidad diferente: prevenir la pancreatitis aguda. En este contexto, los fibratos, los ácidos grasos omega-3 y una dieta con muy bajo contenido de grasa constituyen medidas apropiadas, además del control metabólico intensivo.

La prevención cardiovascular plantea un escenario distinto. En pacientes con enfermedad cardiovascular establecida o con DM y alto riesgo cardiovascular que reciben estatinas y mantienen triglicéridos entre 150 y 499 mg/dL, el único tratamiento con evidencia consistente de reducción de eventos cardiovasculares es el icosapento de etilo (EPA) en dosis de 4 g/día. En contraste, otros preparados de omega-3 y el pemafibrato no demostraron beneficio cardiovascular, lo que confirma que no todos los fármacos dirigidos a reducir triglicéridos producen el mismo efecto clínico. Las recomendaciones actuales de la ADA reflejan esta evidencia y consideran el uso de EPA en pacientes seleccionados.

En conclusión, la respuesta es sí, pero con objetivos diferentes según el contexto clínico. La hipertrigliceridemia grave debe tratarse para prevenir pancreatitis, mientras que la hipertrigliceridemia moderada debe abordarse inicialmente mediante cambios del estilo de vida, control de la DM y estatinas. Solo en pacientes con alto riesgo cardiovascular y triglicéridos persistentemente elevados pese a estatinas existe evidencia sólida para añadir EPA con el fin de reducir eventos cardiovasculares.

Bibliografía

- . American Diabetes Association Professional Practice Committee. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S-S[xx].
- . Kim S, Subramanian S. Approach to lipid management in the patient with diabetes. J Clin Endocrinol Metab. 2025;110(6):1740-1755.
- . Blumenthal RS, Morris PB, Gaudino M, Johnson HM, Anderson TS, Bittner VA, et al. 2026 ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of dyslipidemia: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2026;87(19):2624-2757.

Palabras clave: hipertrigliceridemia; diabetes; complicaciones.

4 VOICES IN 10 MINUTES: New paradigms in the prevention of diabetes complications

Coordinator: Rubén Saurral

Should we treat hypertriglyceridemia in patients with diabetes to prevent cardiovascular complications?

Mabel Graffigna

Endocrinologist, Endocrinology Service, Durand Hospital, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

Hypertriglyceridemia is a common lipid abnormality in type 2 diabetes mellitus and is a hallmark of atherogenic dyslipidemia, which is also characterized by low HDL cholesterol levels and a predominance of small, dense LDL particles. Although LDL cholesterol remains the primary therapeutic target for cardiovascular prevention, persistent hypertriglyceridemia reflects a significant residual cardiovascular risk, even in patients receiving appropriate statin therapy.

The primary therapeutic goals remain optimization of glycemic control, weight reduction when appropriate, regular physical activity, restriction of alcohol consumption, and treatment of secondary causes of hypertriglyceridemia. At the same time, intensive statin therapy continues to be the pharmacological intervention with the greatest proven impact on reducing cardiovascular risk in people with diabetes. When triglyceride levels are ≥ 500 mg/dL, treatment has a different objective: the prevention of acute pancreatitis. In this setting, fibrates, omega-3 fatty acids, and a very low-fat diet are appropriate interventions, together with intensive metabolic control.

Cardiovascular prevention represents a different clinical scenario. In patients with established atherosclerotic cardiovascular disease or with diabetes at high cardiovascular risk who are receiving statin therapy and have persistent triglyceride levels between 150 and 499 mg/dL, the only treatment with consistent evidence of reducing cardiovascular events is icosapent ethyl (IPE) at a dose of 4 g/day. In contrast, other omega-3 fatty acid formulations and pemafibrate have not demonstrated cardiovascular benefit, confirming that not all triglyceride-lowering therapies produce the same clinical effect. Current American Diabetes Association (ADA) recommendations reflect this evidence and consider the use of icosapent ethyl in selected patients.

In conclusion, the answer is yes, but with different therapeutic objectives depending on the clinical context. Severe hypertriglyceridemia should be treated to prevent acute pancreatitis, whereas moderate hypertriglyceridemia should initially be managed through lifestyle modification, optimization of diabetes control, and statin therapy. Only in patients at high cardiovascular risk with persistently elevated triglyceride levels despite statin treatment is there robust evidence supporting the addition of icosapent ethyl to reduce cardiovascular events.

Key words: hypertriglyceridemia; diabetes; complications.