

## **Conferencias y Simposios**

### **6 VOCES EN 10 MINUTOS: Reducción de riesgo cardiovascular en diabetes mellitus**

Coordinadora: Dra. Judith Bendahan

#### **1) Hipertrigliceridemia en diabetes mellitus tipo 2: ¿cómo y cuándo tratamos?**

Dr. Osvaldo Fretes

Médico endocrinólogo, Sociedad Argentina de Diabetes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Numerosos estudios epidemiológicos han puesto en evidencia la condición de alto riesgo cardiovascular de los pacientes con diabetes mellitus (DM), equiparable a las personas sin DM que han tenido un evento cardiovascular mayor previamente<sup>1</sup>.

De los factores inherentes a la DM que puede explicar este fenómeno, uno de los más relevantes es la llamada “dislipidemia aterogénica”, caracterizada por hipertrigliceridemia, HDL-c bajo y otros cambios lipoproteicos cualitativos actualmente bien caracterizados, que forman parte de los criterios del síndrome metabólico.

Los objetivos de LDL-c recomendados para la prevención cardiovascular en los pacientes con DM hacen que la mayor parte de ellos tenga indicación precisa de tratamiento con estatinas. Sin embargo, la hipertrigliceridemia -presente en cerca del 50% de esta población- habitualmente no se corrige con este tipo de hipolipemiantes<sup>2</sup>.

Existe suficiente evidencia epidemiológica, genética y clínica que avala la plausibilidad del riesgo cardiovascular que implica tener hipertrigliceridemia, aún en el contexto de encontrarse en tratamiento con una estatina, situación denominada genéricamente como “riesgo residual”<sup>3</sup>.

Son relativamente escasos los estudios focalizados en el tratamiento de la hipertrigliceridemia en la población con DM y los resultados no son concluyentes. Esto fue considerado como una falta de evidencia por gran parte de los expertos y hasta hace algunos años las sociedades científicas no incluyeron esta recomendación. Sin embargo, es posible que los resultados en cuestión se deban a fallas evidentes en el diseño de los ensayos clínicos más relevantes. El análisis más detallado de los datos específicamente en la población con DM e hipertrigliceridemia moderada muestra una diferencia significativa en la ocurrencia de eventos cardiovasculares a favor de los grupos que adicionaron fibratos en el tratamiento con estatinas<sup>4</sup>.

Los ácidos grasos omega 3, otros agentes con acción preponderante sobre el valor plasmático de los triglicéridos, recientemente demostraron su efecto claramente beneficioso en reducir la tasa de revascularización miocárdica en pacientes de muy alto riesgo bajo tratamiento adecuado con estatinas<sup>5</sup>.

Los resultados mencionados, provenientes de ensayos de calidad y con poder estadístico, incentivaron la revisión del tema por parte de la comunidad científica involucrada, por lo cual las guías actuales incluyeron la recomendación de agregar medicación coadyuvante en los pacientes de alto riesgo bajo tratamiento con estatinas que presentan hipertrigliceridemia persistente.

#### **Bibliografía**

1. Malmberg K, Yusuf S, Gerstein HC, Brown J, Zhao F, Hunt D, et al. Impact of diabetes on long-term prognosis in patients with unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction: results of the OASIS (Organization to Assess Strategies for Ischemic Syndromes) Registry. *Circulation* 2000;102(9):1014-1019.
2. Leiter LA, Lundman P, da Silva PM, Drexel H, Jünger C, Gitt AK. Persistent lipid abnormalities in statin-treated patients with diabetes mellitus in Europe and Canada: results of the Dyslipidaemia International Study. *Diabet Med* 2011; 28:1343-1351.

3. Ganda OP, Bhatt DL, Mason RP, Miller M, Boden WE. Unmet need for adjunctive dyslipidemia therapy in hypertriglyceridemia management. *J Am Coll Cardiol* 2018;72(3):330-343.
4. Tenenbaum A, et al. Hypertriglyceridemia: a too long unfairly neglected major cardiovascular risk factor. *Cardiovascular Diabetology* 2014;13:159.
5. Peterson B, et al. Reduction in revascularization with icosapent ethyl insights from REDUCE-IT Revascularization Analyses. *Circulation* 2021;143:33-44.

Palabras clave: hypertriglyceridemia; diabetes mellitus.

## **6 VOICES IN 10 MINUTES: cardiovascular risk reduction in diabetes mellitus**

Coordinator: Dr. Judith Bendahan

### **1) Hypertriglyceridemia in diabetes mellitus type 2: how and when do we treat?**

Dr. Osvaldo Fretes

Endocrinologist, Argentine Society of Diabetes, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

Numerous epidemiological studies have highlighted the condition of high cardiovascular risk of patients with diabetes, comparable to people without diabetes who have had a major cardiovascular event previously<sup>1</sup>.

Among the factors inherent in diabetes that can explain this phenomenon, one of the most relevant is the so-called "atherogenic dyslipidemia", characterized by hypertriglyceridemia, low HDL-c and other qualitative lipoprotein changes currently well characterized, which are part of the criteria of metabolic syndrome.

The recommended LDL-c targets for cardiovascular prevention in patients with diabetes mean that most of them have an accurate indication for statin therapy. However, the hypertriglyceridemia present in about 50% of this population usually does not correct with this type of lipid-lowering agents<sup>2</sup>.

There is sufficient epidemiological, genetic and clinical evidence to support the plausibility of cardiovascular risk involved in having hypertriglyceridemia even in the context of being treated with a statin, a situation generically referred to as "residual risk"<sup>3</sup>.

There are relatively few studies focused on the treatment of hypertriglyceridemia in the population with diabetes and the results are inconclusive. This has been considered a lack of evidence by many experts and until a few years ago scientific societies did not include this recommendation. However, it is possible that the results in question are due to obvious flaws in the design of the most relevant clinical trials. More detailed analysis of the data specifically in the population with diabetes and moderate hypertriglyceridemia shows a significant difference in the occurrence of cardiovascular events in favor of the groups that added fibrates to statin treatment<sup>4</sup>.

Omega-3 fatty acids, other agents with preponderant action on the plasma value of triglycerides, have recently demonstrated their clearly beneficial effect in reducing the rate of myocardial revascularization in very high-risk patients under adequate statin therapy<sup>5</sup>.

The aforementioned results from quality and statistically powered trials have led to the review of the issue by the scientific community involved, so current guidelines have included the recommendation to add adjuvant medication in high-risk patients under statin treatment who present with persistent hypertriglyceridemia.

Key words: hypertriglyceridemia; diabetes mellitus.