



<https://www.revclinesp.es>

1262 - DIFERENTE PERFIL LIPÍDICO EN LAS PERSONAS CON OBESIDAD. ¿ES LA DISLIPEMIA ADISOPÁTICA UN MITO O UNA REALIDAD?

Juana Carretero Gómez, Sonia Córdoba Bueno, Luis García Martínez, Antonio Sebastián Vidal Ríos, Tomás Francisco Galeano Fernández, Patricia González González y Jose Carlos Arévalo Lorido

Medicina Interna, Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Resumen

Objetivos: El exceso de grasa disfuncionante (adisopatía) que define la obesidad se caracteriza por un adipocito hipertrófico, fibrótico y con inflamación de bajo grado. Es conocida la relación entre la obesidad y la dislipemia. La dislipemia aterogénica (triglicéridos y colesterol no-HDL elevados, HDL bajo) está en íntima relación con las enfermedades metabólicas, como la diabetes tipo 2 o la obesidad. En los últimos años se ha descrito un perfil específico de dislipemia asociado a la obesidad (dislipemia adisopática), en íntima relación con la composición corporal, específicamente masa grasa y visceral, que se define por: elevación de triglicéridos, colesterol no-HDL, LDL, apolipoproteína B y VLDL (*small dense LDL*) y HDL bajo. Nuestro objetivo es describir el perfil lipídico de las personas con obesidad y su relación con las comorbilidades cardiovasculares y no cardiovasculares, con la composición corporal y la inflamación.

Métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyen pacientes con obesidad de consulta de medicina interna entre mayo/2021 y febrero/2025. Dividimos la muestra en cuatro grupos: Grupo 1: dislipemia adisopática; Grupo 2: dislipemia aterogénica; Grupo 3: dislipemia no-HDL (no-HDL elevado, triglicéridos normales, HDL normal); Grupo 4: el resto. Se comparan las variables cualitativas con chi cuadrado y las cuantitativas con Kruskal Wallis. Los resultados se expresan en mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Incluimos 299 pacientes, 11 en el grupo 1, 37 en el grupo 2, 117 en el grupo 3 y 134 en el grupo 4. Por grupos (tabla 1), las comorbilidades más prevalentes por grupos son la diabetes tipo 2 y la insuficiencia cardiaca preservada con la dislipemia aterogénica, los fumadores con la adisopática y la cirugía bariátrica con el perfil no-HDL. En relación con la composición corporal (tabla 2), todos los perfiles se relacionan con la mayor cantidad de masa grasa no así con su distribución visceral. No hay diferencias en relación con los fármacos. En la figura 1 (diagrama de VENN) se muestra la agrupación de las diferentes partículas de colesterol y en la figura 2 la distribución de la composición corporal por grupos.

Tabla 1

Variable	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	p
N	11	37	117	134	

Edad (años)	49 (16)	53 (13)	50 (17)	48 (20)	0,34
Sexo (mujer)	7 (63,6)	23 (62,2)	74 (63,29)	85 (63,4)	0,99
Fumador (%)	5 (45,4)	13 (35,1)	23 (19,7)	36 (26,9)	0,09
Alcohol (%)	1 (9,1)	6 (16,2)	14 (11,9)	28 (20,9)	0,25
Diabetes tipo 2 (%)	5 (45,4)	24 (64,9)	65 (55,6)	27 (20,1)	0,0001
Hipertensión arterial (%)	8 (72,7)	21 (56,8)	56 (47,9)	56 (41,8)	0,12
Esteatosis (%)	5 (45,4)	12 (34,3)	39 (34,2)	21 (23,5)	0,15
IC FEVIp (%)	4 (36,4)	10 (27)	48 (41)	34 (25,4)	0,05
IC FEVIr (%)	0	1 (2,7)	5 (4,3)	1 (0,7)	0,29
Cardiopatía isquémica (%)	0	2 (5,4)	9 (7,7)	6 (4,5)	0,59
Ictus (%)	0	1 (2,7)	4 (3,4)	2 (1,5)	0,72
ERGE (%)	1 (9,1)	6 (16,2)	26 (22,2)	28 (20,9)	0,67
ERC (%)	2 (18,2)	4 (10,8)	7 (6,01)	13 (9,7)	0,44
Cirugía bariátrica (%)	0	2 (5,4)	35 (29,9)	30 (22,4)	0,004
SAOS (%)	3 (27,3)	14 (37,8)	51 (43,6)	47 (35,1)	0,46

Tratamiento

Atorvastatina	0	6 (16,2)	8 (6,8)	18 (13,4)	0,14
Rosuvastatina	2 (18,2)	5 (13,5)	18 (15,4)	21 (15,7)	0,98
Pitavastatina	0	2 (5,4)	11 (9,4)	4 (2,9)	0,13

Simvastatina	0	4 (10,8)	1 (0,8)	2 (1,5)	0,003
Pravastatina	0	1 (2,7)	0	0	0,06
Ezetimibe	0	4 (10,8)	10 (8,5)	19 814,2)	0,32
Semaglutida	5 (45,4)	24 (64,9)	62 (52,9)	70 (52,2)	0,51
Tirzepatida	0	2 (5,4)	2 (1,7)	5 (3,7)	0,57

Tabla 2

Variable	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	p
N	11	37	117	134	
Peso (kg)	105,6 (34,4)	111,8 (24)	109,5 (30,8)	106,3 (28,4)	0,36
IMC (Kg/m ²)	39 (6,9)	40,8 (9,1)	41,5 (11)	38,7 (10)	0,15
MG (kg)	42,7 (25,6)	47,8 (14,9)	49,8 (22,4)	44,2 (20,8)	0,09
MME (Kg)	34,9 (11,2)	33,2 (11,9)	34,4 (9,7)	33,9 (10)	0,74
MMEAp (kg)	26,2 (9,7)	25,1 (11,7)	25,3 (9,9)	24,8 810,7)	0,84
IMMEAp (kg/m ²)	9,8 (2,4)	9,8 (2,4)	9,7 (2,4)	9,4 (2,5)	0,66
Angulo de fase (º)	5,3 (1)	5,3 (1,7)	5,1 (1,1)	5,3 (1,3)	0,22
Agua corporal (kg)	44,3 (20)	43,2 (16,1)	42,4 (14,9)	41,9 (16,1)	0,59
IAV	17 (8)	16 (5)	16 (9)	15 (10)	0,13
Glucosa (mg/dL)	104 (44)	109 (26)	95,5 (21)	94 (16)	0,0000

HbA_{1c} (%)	5,6 (1,5)	6 (1,2)	5,6 (0,6)	5,5 (0,6)	0,008
Urea (mg/dL)	33 (16)	33 (20)	33 (13)	32 (15)	0,83
Creatinina (mg/dL)	0,78 (0,5)	0,86 (0,3)	0,73 (0,2)	0,76 (0,3)	0,07
Filtrado glomerular (ml/min/m²)	90 (33)	99 (33)	100 (17)	98 (29)	0,55
Colesterol total (mg/dL)	225 (27)	174 (33)	178 (35)	162,5 (43)	0,000
Col HDL (mg/dL)	38 (11)	36 (9)	47 (15)	48 (14)	0,000
Col LDL (mg/dL)	149 (33)	100 (38)	110 (33)	90,5 (37)	0,000
Col no-HDL (mg/dL)	184 (29)	140 (30)	132 (35)	109 (38)	0,000
sdLDL (mg/dL)	52,6 (9,4)	39,9 (8,4)	32,5 (7,7)	27 (10,7)	0,000
Apo B (mg/dL)	152,8 (0)	101,8 (23,4)	96,4 (24,6)	76,8 (29,1)	0,005
ApoA1 (mg/dL)	127,9 (0)	125,2 (32,3)	146,4 (34,9)	153,3 (43,5)	0,28
Triglicéridos (mg/dL)	186 (62)	191 (86)	108 (40)	103,5 (83)	0,000
PCR (mg/L)	4 (15,8)	5,6 (6,5)	3,8 (6)	3,3 (69)	0,18

Figura 1. Diagrama de VENN

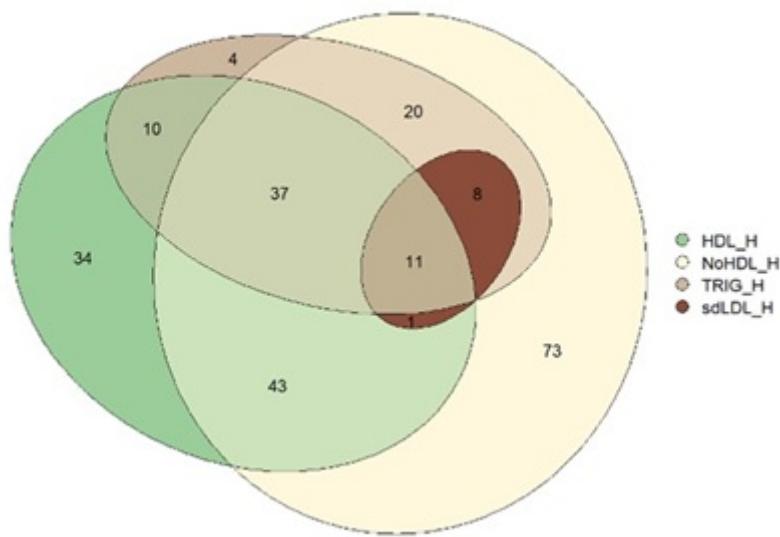
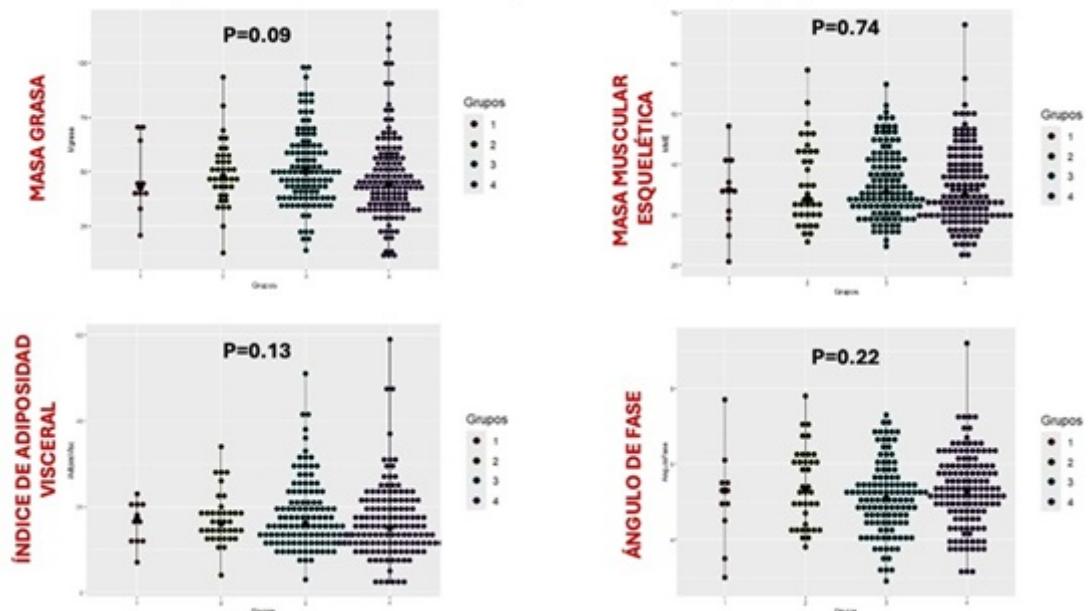


Figura 2. Distribución de la composición corporal por grupos



Conclusiones: Nuestros resultados muestran una clara diferencia entre el grupo 1 y 2 frente al resto. Nuestra muestra es pequeña y de mediana edad, por lo cual, según nuestros datos, no apoyarían la existencia de la nueva “dislipemia adisopática”, siendo el perfil más prevalente y más asociado con las comorbilidades la dislipemia aterogénica. Sin embargo, podemos observar como el perfil lipídico es diferente aún entre los grupos 1 y 2, con cifras más elevadas de Colesterol LDL, no-HDL y sdLDL junto con Apo B en la dislipemia adisopática como se refiere la bibliografía aunque no sea estadísticamente significativo. Esto nos orientaría a plantear un tratamiento hipolipemiante y antiobesidad más agresivo en dicho grupo, quedando aún sin resolver su papel en las comorbilidades de las personas con obesidad.