



Detección de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en pacientes con fibrosis quística

(An Esp Pediatr 2000; 52: 197)

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo "Protocolo de diagnóstico y seguimiento de los enfermos con fibrosis quística", publicado recientemente en su revista¹. Valoramos el trabajo realizado por sus autores en un objetivo tan difícil como es tratar de simplificar y establecer una guía práctica de actuación ante unos enfermos tan complejos y que requieren un esfuerzo profesional y de medios tan importante. En relación al mismo, creemos conveniente realizar alguna puntualización respecto al diagnóstico de las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en la fibrosis quística (FQ).

Las alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono en la FQ, diabetes mellitus (DM) e intolerancia hidrocarbonada (IHC) cada vez cobran mayor importancia, pues su incidencia aumenta con la edad y actualmente el 80% de estos enfermos llegan a su vigésimo cumpleaños². La DM de estos enfermos no corresponde a ninguno de los clásicos tipos 1 y 2, denominándose "DM relacionada con la FQ"³. Raramente conduce a cetoacidosis, por lo que suele ser asintomática en dos tercios de los pacientes en el momento del diagnóstico⁴. Es evidente que la presencia de DM deteriora el estatus clínico del paciente con FQ⁵. Por su parte, la IHC es un factor de riesgo para el desarrollo ulterior de DM (*odds ratio*, 3-6 en función de la edad comparado con los que tienen tolerancia normal) y es una condición totalmente asintomática⁶.

Dada la importancia de estas complicaciones metabólicas y su escasa expresividad clínica, hoy día se recomienda realizar anualmente una sobrecarga oral de glucosa con dos tiempos de extracción, basal y 120 minutos, en todos los enfermos de FQ con afectación pancreática exocrina a partir de los 10 años de edad⁴. Aplicando los criterios de la Asociación Americana de Diabetes de 1997⁷ se diagnosticarían a los pacientes de DM e IHC.

Ni la glucemia plasmática en ayunas ni la hemoglobina A_{1C} sirven para reconocer a los pacientes con IHC, y en el caso de la DM serían patológicas cuando ésta estuviese ya evolucionada. Casi todos los autores están de acuerdo en que ambos parámetros tienen una sensibilidad muy baja para el diagnóstico de DM en FQ en torno al 15%^{4,8-10}. Sin embargo, por su simplicidad y comodidad para el enfermo, son las pruebas más comúnmente utilizadas.

De acuerdo con la bibliografía internacional y con la Cystic Fibrosis Foundation en sus *Clinical practice guidelines for cystic fibrosis* del 25 de marzo de 1996, pensamos que la glucemia basal y 120 minutos tras sobrecarga oral de glucosa son las

pruebas a las que debe someterse el fibrótico quístico para diagnosticar las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado y abandonar la realización de hemoglobina glucosilada.

E. García García^a, J.P. López Sigüero^a, J. Pérez Frías^b y E. Pérez Ruiz^b

Unidades de ^aEndocrinología Pediátrica y ^bFibrosis Quística. Hospital Materno-Infantil (Complejo Hospitalario Carlos Haya). Málaga.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Grupo de Trabajo "Fibrosis Quística". Protocolo de diagnóstico y seguimiento de los enfermos con fibrosis quística. An Esp Pediatr 1999; 50: 625-634.
2. Lanng S, Thorsteinsson B, Erichsen G, Nerup J, Koch C. Glucose tolerance in cystic fibrosis. Arch Dis Child 1991; 66: 612-616.
3. Hodson ME. Diabetes mellitus and cystic fibrosis. Baillieres Clin Endocrinol Metab 1992; 6: 797-805.
4. Lanng S. Glucose intolerance in cystic fibrosis. Dan Med Bull 1997; 44: 23-39.
5. Lanng S, Thorsteinsson B, Nerup J, Koch C. Influence of the development of diabetes mellitus on clinical status in patients with cystic fibrosis. Eur J Pediatr 1992; 151: 684-687.
6. Yudkin JS, Alberti KGMM, McLarti DG, Swai ABM. Impaired glucose tolerance. Is it a risk factor for diabetes or a diagnostic ragbag? Br Med J 1990; 301: 397-402.
7. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus from the American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20: 1183-1195.
8. Rosenecker J, Eichler I, Kohn L, Harms HK, Von der Hardt H. Genetic determination of diabetes mellitus in patients with cystic fibrosis. J Pediatr 1995; 127: 441-443.
9. De Schepper J, Dab I, Derde MP, Loeb H. Oral glucose tolerance testing in cystic fibrosis: correlations with clinical parameters and glycosylated haemoglobin determinations. Eur J Pediatr 1991; 150: 403-406.
10. Yung B, Kemp M, Hooper J, Hodson M. Random blood glucose alone in the diagnosis of cystic fibrosis related diabetes. Lancet 1997; 449: 619.

Réplica

(An Esp Pediatr 2000; 52: 197-198)

En relación con la carta al director de los Dres. García García et al, respecto al Protocolo de Seguimiento y Tratamiento de los enfermos con fibrosis quística (FQ) de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica, deseo expresar, en primer lugar, mi agradecimiento a la aportación que desde el punto de vista de la endocrinología pediátrica se realiza al mismo. Sin embargo, creo necesario realizar algunas puntualizaciones. Como recoge el propio protocolo textualmente: "... este Comité