

EFEECTO DEL PESO MATERNO EN LA DIABETES GESTACIONAL

Drs. Mark Landon* y Steven Gabbe**

Muchos expertos creen que las enfermedades hipertensivas del embarazo son más frecuentes en mujeres con diabetes gestacional (DMG) que aquellas sin esta condición. Sin embargo, pocos estudios han averiguado si variables confusas, tal como obesidad materna, puede ser responsable de este hallazgo. Goldman y col (1) observó que la hipertensión sin proteinuria era más común en las con moderado sobrepeso (Índice Masa Corporal, IMC, 26. 1-29) y las con mucho sobrepeso (IMC > 29) comparado con las pacientes intolerantes de peso ideal. Sin embargo, la preeclampsia se observó en el 8% de las mujeres con DMG comparado con 3.9% en los controles. Otros estudios han reportado una frecuencia de 8-12% de Preeclampsia en DMG. Con una frecuencia esperada de Preeclampsia de 7% en la población general, todavía queda la pregunta si esta complicación es realmente más frecuente en DMG.

Uno de los problemas más frecuentes de encontrar en estas pacientes es la macrosomía. El riesgo de distocia de hombros y parto traumático aumenta exponencialmente cuando el niño pesa más de 4000 g. La mayor parte de las series encuentran que cerca del 20% de los hijos de estas mujeres son macrosómicos.

A diferencia de otros investigadores, Goldman y col (1) describen el uso de insulina cuando el Test de 50 g. era mayor a 130 mg/dl. Con este umbral, sólo 22% de los sujetos requirieron insulina. Como señalan estos autores, la baja frecuencia de macromomía fetal y trauma obstétrico justificaría este manejo intensivo, que incluye consejo dietético para reducir los valores de glucosa post-prandial. Otros autores han empleado terapia insulínica en pacientes con un sólo valor de glucosa anormal y han logrado reducir la frecuencia de macrosomía en menos del 10%.

Leiken y col (2), sin embargo, ha sugerido que la macrosomía fetal en pacientes con DMG, obedece principalmente a la obesidad materna. Datos recientes de Thompson y col (3) apoyan esta hipótesis. Estos autores colocaron en dos grupos al azar a 95 pacientes con DMG: Un grupo recibía sólo terapia nutricional y el otro, dieta y dosis bajas de insulina. En este estudio ningún paciente que pesaba menos de 200 lbs y que mantenía buen control glicémico manejado con dieta sólo o dieta con insulina, tuvo un niño macrosómico. La dosis baja en insulina reducía la macrosomía fetal sólo en las mujeres que pesaban más de 200 lbs. En 30% de los casos, de mujeres que no tuvieron correcto control glicémico con alguno de los dos procedimientos, tuvieron hijos macrosómicos.

Se requieren mayores estudios para determinar si la macrosomía es realmente más común en mujeres DMG con sobrepeso quienes permanecen normoglicémicas con la terapia dietética y si la insulina profiláctica sería útil en este grupo de pacientes.

1. Goldman, J. et al. Obstetric Complications with GDM: Effects of Maternal Weight. *Diabetes* 40 (Suppl 2): 79-82, 1991.

2. Leiken, E. et al. Prophylactic insulin in of gestational diabetes. *Obstet Gynecol* 70: 587-92, 1987.

3. Thompson, D. J. et al. Prophylactic insulin in tue managment of gestational diabetes. *Obstet Gynecol* 75: 960-64, 1990.

* Assistant Profesor.

** Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia Ohio State University College of Medicine in Columbus.