

**Sandra R.G. Ferreira**

*Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, SP.*

*Recebido em 21/06/04  
Revisado em 31/08/04  
Aceito em 04/10/04*

A IDENTIFICAÇÃO DE UMA CONDIÇÃO patológica na qual a “carne dos membros se derretia em urina” ocorreu há mais de 1.700 anos (Aretaeus, 300 DC) (1). A evolução do conhecimento científico sobre esta condição levou à denominação de diabetes mellitus há centenas de anos atrás (Willis, 1674) (1). À semelhança de outras ciências, a progressão do conhecimento sobre diabetes tem ocorrido em progressão geométrica. Com toda razão, a Associação Americana de Diabetes, em 1997 (2), preferiu definir o diabetes mellitus como um grupo de doenças nas quais a hiperglicemia – decorrente da falta de produção e/ou da ação insulínica – pode ter etiopatogenia distinta. E mais, um mesmo indivíduo pode ter “dois diabetes” se tiver o infortúnio de apresentar condições genético-ambientais para o tipo 2 e sofrer um processo de agressão auto-imune das suas células beta.

Os *experts* em diabetologia têm progressivamente reduzido os valores diagnósticos do diabetes e, por precaução, também criaram a condição “pré-diabética”, consciente de que a atual verdade sobre os valores de corte poderá mudar a curto prazo. A mesma conduta também tem sido adotada pelos especialistas em hipertensão arterial e dislipidemia. Será coincidência?

A associação entre os três distúrbios – dos níveis glicêmicos, pressóricos e lipídicos – “incomoda” a sociedade médica há muito tempo e Reaven, em 1988 (3), estabeleceu tal elo, que é a resistência de tecidos à ação da insulina. Este hormônio definitivamente deixou de ser popular apenas entre os endocrinologistas. Por outro lado, estes passaram a se interessar por células e processos biológicos antes aparentemente desconectados da prática endocrinológica, como por exemplo, o endotélio e a inflamação subclínica. Muito foi aprendido sobre os mecanismos que relacionam a célula adiposa visceral, as adipocitocinas, a resistência à insulina, inflamação e a disfunção endotelial.

Identificar o paciente como de risco, quando da elevação da glicemia, não seria muito tarde? Não raramente o paciente que sofre um evento cardiovascular já apresentava tal seqüência de anormalidades, mas ainda com uma glicemia abaixo de 100mg/dl.

Por meio desta análise, superficial embora verdadeira, é razoável questionar se é tempo de se modificar o nome da doença diabetes mellitus tipo 2, uma vez que, muitos anos antes de “adocicar” o sangue, o organismo deste paciente já vem sofrendo uma demonstrável cascata de eventos patológicos.

Endoteliopatia metabólica seria mais apropriado?

---

## REFERÊNCIAS

1. Williams G, Pickup JC. História do diabetes. In: **Manual de Diabetes**, 2ª edição. Williams G, Pickup JC, editors. Oxford:Blackwell Science; **2001**.
2. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (ECDCDM). Report of the ECDCDM. **Diabetes Care** **1997**;20:1183-97.
3. Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease. **Diabetes** **1988**;37:1595-607.

---

## Endereço para correspondência:

Sandra Roberta Gouvea Ferreira  
Professora Livre-Docente,  
Departamento de Medicina Preventiva  
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)  
Rua Botucatu, 740  
04023-062 São Paulo, SP  
Fax: (11) 5549-5159  
E-mail: ferreira@medprev.epm.br