



Clínica cotidiana

¿Se puede curar la diabetes?

María Nuria Requeno Jarabo*, Ángel Antoñanzas Lombarte, José Alberto Villanúa Lalanza, María Ángeles Abellán González, Miguel López del Pueyo

Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de octubre de 2017

Aceptado el 13 de marzo de 2018

On-line el 6 de julio de 2018

Palabras clave:

Diabetes mellitus

Obesidad

Pérdida de peso

Ejercicio

Dieta

Keywords

Diabetes mellitus

Obesity

Weight loss

Exercise

Diet

R E S U M E N

La diabetes es una enfermedad de alta prevalencia en las consultas de Atención Primaria. Los médicos de familia son el primer eslabón para poner tratamiento a dicha patología, así como para asociar las medidas higiénico-dietéticas en estos pacientes.

Presentamos el caso de un varón de 46 años, cuya diabetes y evolución hacían pensar incluso en la insulinización. Finalmente se consiguió controlar la enfermedad principalmente con las medidas higiénico-dietéticas y pudo retirarse incluso la medicación oral que tomaba.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Can diabetes be cured?

A B S T R A C T

Diabetes is an illness of high prevalence in the Primary Care Consultation, being the family doctors the first link to put treatment to this disease, as well as to associate the hygienic-dietetic measures of these patients.

We present the case of a 46-year-old man whose diabetes and its evolutions made us think even in the insulinisation, but it has been finally controlled mainly with the hygienic-dietetic measures and even being able to take away the oral treatment that the patient took.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Varón de 46 años de edad, diagnosticado a los 37 años de diabetes mellitus (DM) tipo 2, con glucemias basales entre 148 y 175 mg/dl. Mide 176 cm y pesa 123 kg (índice de masa corporal -IMC- de 39,7, obesidad tipo II).

Se le prescribe metformina (850 mg cada 12 horas) y tiene un mal cumplimiento inicial de la dieta y el ejercicio.

Vuelve a consulta al cabo de 5 años, cuando está tomando medio comprimido de metformina 850 mg cada 12 horas. Se

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuriarequeno@gmail.com (M.N. Requeno Jarabo).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.018>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

le solicita analítica de control; en ella presenta hemoglobina glucosilada (HbA1c) 10,7 % y glucosa basal 188 mg/dl.

Se aumenta la dosis de metformina 850 mg a un comprimido cada 12 horas y se intensifica la dieta hipocalórica y el ejercicio.

Al cabo de cuatro meses ha perdido 10 kg de peso. La HbA1c desciende (7,5 %). A los dos meses, tras haber engordado 3 kg, la HbA1c se eleva a 8 %. Se modifica la medicación y se sustituye por metformina/sitagliptina (1.000/50 mg cada 12 horas).

Sigue habiendo sucesivas transgresiones en la dieta y en la actividad física, con lo que la HbA1c llega a 10,8 % con glucemia basal de 284 mg/dl y glucosuria de 4.141 mg/dl.

Se introduce glimepirida 4 mg/día que posteriormente se sustituye por glicazida (30 mg/día); después se incrementa a 60 mg/día.

Se valora incluso llegar a insulinar al paciente pues solo se consigue disminuir la HbA1c a 9,1 %, cuando el objetivo era tener la HbA1c por debajo de 7 %.

Sin embargo, gracias a mejorar la dieta y el ejercicio físico pierde progresivamente peso. Varios meses más tarde la HbA1c es 5,2 % con glucemia basal de 95 mg/dl. Se retira la metformina/sitagliptina y solo toma glicazida (60 mg/día).

Un mes más tarde, como las glucemias capilares basales son menores de 100 mg/dl, se reduce la dosis de glicazida a 30 mg/día. Tras seguir con dieta y ejercicio físico, baja de peso hasta los 87 kg y se mantiene la HbA1c en 5,2 % con glucosa basal de 96 mg/dl.

Cabe destacar, por tanto, que, con el ejercicio físico y la dieta, el paciente ha perdido globalmente 36 kg de peso en 9 años. Se han corregido progresivamente las glucemias y la HbA1c hasta entrar en rango de normalidad sin tratamiento farmacológico.

Comentario

La DM tipo 2 es una enfermedad crónica de alta prevalencia con un elevado impacto social y sanitario¹. En el centro de su patogenia se encuentra la resistencia a la insulina, vinculada estrechamente al sobrepeso u obesidad que se asocia frecuentemente en este tipo de pacientes¹⁻³. Estas circunstancias tienen una repercusión tanto en el tratamiento y evolución de la DM tipo 2 como en otras alteraciones cardiovasculares que multiplican el riesgo de sufrir un accidente vascular¹.

El tratamiento intensivo busca la normalización de la glucemia y de los factores de riesgo, como el perfil lipídico y las cifras de tensión arterial; con ello se reducen las complicaciones micro y macrovasculares¹.

El sobrepeso y la obesidad son los predictores más importantes de la DM tipo 2. Los datos sugieren que el riesgo se asocia con la cantidad de grasa visceral². La adiposidad central se relaciona con la resistencia a la insulina y la dislipemia, incluso en personas cuyo IMC no está notablemente elevado². En la población europea un perímetro de cintura abdominal igual o superior a 94 cm en los varones e igual o superior a 80 cm en las mujeres se considera indicativo de adiposidad visceral y, por tanto, de mayor riesgo de síndrome metabólico y de enfermedad cardiovascular².

Con la obesidad existe un aumento de la secreción de insulina³, tanto en situación basal (ayunas) como en respuesta a

múltiples estímulos (comidas de prueba, sobrecarga oral o intravenosa de glucosa...). La combinación de euglucemia o hiperglucemia asociada con hiperinsulinemia define el estado de insulinoresistencia que caracteriza al paciente obeso³. Esto se debe a anomalías de la interacción insulina-receptor y a anomalías posreceptor.

La pérdida de peso conlleva, en primer lugar, una mejoría de la alteración posreceptor, para posteriormente disminuir el hiperinsulinismo y aumentar el número de receptores insulínicos presentes en las membranas celulares de los tejidos diana³.

Diversos estudios indican que la DM tipo 2 es 5 veces más frecuente en la obesidad de grado 1 y entre 1 y 10 veces más frecuente en la obesidad de grado 2 y en la obesidad mórbida, en comparación con la población no obesa³. La acumulación excesiva de grasa puede provocar o preceder al desarrollo de una DM tipo 2 o bien puede agravarla, lo que puede conllevar un tratamiento insulínico o incrementar las necesidades de insulina si el individuo ya estaba previamente insulinarizado³.

La pérdida de peso en un obeso con intolerancia a la glucosa o con DM tipo 2 produce una extraordinaria mejoría de su alteración metabólica: se normaliza la hiperglucemia en muchos pacientes y permite en todos la disminución de la dosis de fármacos (insulina o antidiabéticos orales) prescritos.

El 80 % de los pacientes con DM tipo 2 presenta sobrepeso u obesidad en el momento del diagnóstico, pero sigue siendo difícil determinar hasta qué punto la sobrecarga ponderal origina el desarrollo de diabetes³. Todos los pacientes obesos son hiperinsulinémicos e insulinoresistentes, pero no todos son intolerantes a la glucosa o diabéticos.

La *American Diabetes Association* recomienda que los pacientes con DM tipo 2 mantengan un IMC inferior a 25 kg/m², principalmente mediante la dieta y el ejercicio, aunque a menudo estos pacientes tienen dificultad para alcanzar dicho IMC o mantenerlo². Los beneficios de la pérdida de peso, especialmente la pérdida de la grasa visceral, están bien establecidos². La reducción de peso mejora la sensibilidad a la insulina y ayuda a restaurar la función de las células beta del páncreas^{1,2}, así como a mantener una HbA1c menor de 7 %. La dificultad reside en que la mayoría de los pacientes tienden a ganar peso más que a perderlo, en especial durante la intensificación del control de la glucemia². Asimismo, resulta complicado mantener los objetivos de niveles de presión arterial y de lípidos exclusivamente mediante cambios de estilos de vida. Por tanto, la selección de los fármacos más apropiados para el tratamiento de la DM tipo 2, de la hipertensión y de la dislipemia (en especial del incremento de las LDL y de los triglicéridos) se convierte en un reto al tener que considerar los posibles efectos adversos sobre el peso y los factores de riesgo cardiovascular^{1,2}.

Para controlar los diferentes factores de riesgo, estos pacientes deben llevar un seguimiento intensivo, teniendo en cuenta que muchos de ellos son pacientes polimedicados². El uso de pautas de tratamiento personalizadas y sencillas es fundamental para conseguir nuestras metas².

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pujante Alarcón P, Hellín Gil MD, Román LM, Ferrer Gómez M, García Zafra MV, Tébar Masso J. Control metabólico y pérdida de peso en pacientes con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 tratados con exenatida. *Med Clin (Barc)*. 2012; 139: 572-8.
2. Botet JP, Chillarón JJ, Benaiges D, Flores-Le Roux JA. La prevención cardiovascular en la diabetes mellitus: un reto multifactorial. *Clin Investig Arterioscler*. 2016; 28: 154-63.
3. Durán García S, Durán Sanz S, Durán Sanz A. Diabetes mellitus tipo 2 y obesidad: ¿tratar la obesidad o la diabetes? *Med Clin (Barc)*. 2013; 141(supl 2): 14-9.